Rok XLIX. Kraków, dnia 15. stycznia 1910. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu higieny i bakteryologii U. J. w Krakowie. (Kierownik Prof. O. Bujwid).

O nowej metodzie tuszowej wykrywania krętowłosa bladego (spirochaete pallida).

Podał

Dr Filip Eisenberg,

asystent Zakładu.

(Według wykładu w Tow. lek. krak. d. 27. Października 1909 r.).

Odkrycia Pasteura, a zwłaszcza metody Kocha tworzą podstawę, na której wznosi się gmach nowoczesnej bakteryologii. Wprowadzenie podłoży stałych pozwoliło wyosabniać różne gatunki bakteryi, a w następstwie badać ich właściwości morfologiczne i fizyologiczne. Ale pozostawiają one pewną lukę, nie dają mianowicie pewności, że uzyskane kolonie bakteryi pochodzą naprawdę z jednej komórki bakteryjnej, czy też może ze zlepu kilku, czy kilkunastu osobników tego samego, czy nawet kilku gatunków. Sprawa ta ma bardzo wielkie znaczenie, gdy chodzi o badanie ważnych zagadnień biologicznych, jak dziedziczności, przystosowania, przemian skokowych (czyli t. zw. mutacyi de Vriesa). Gdy chodzi o drożdże, posiadamy już zdawna metodę Brefelda, która pozwala pod kontrolą drobnowidu uzyskać kolonię z jednej komórki drożdżowej; dla bakteryi z powodu małych rozmiarów komórki metoda ta się nie nadaje. Także polecane specyalnie dla bakteryi metody van Schoutena nie nadają się do powszechnego użytku ze względu na skomplikowane przyrządy do nich potrzebne. Otóż w ostatnim czasie podał Burri metodę nadzwyczaj pomysłową, a prostą, która zdaje się być powołana do rozwiązania zagadnienia. Na wyjałowionem szkiełku przedmiotowem składa się kilka dużych kropel wyjałowionego tuszu. Do pierwszej przenosi się odrobinę hodowli danych bakteryi i dokładnie wymieszawszy, przenosi się stąd małą pętlę platynową do drugiej kropli, stąd po wymieszaniu do trzeciej, z tej zaś do czwartej. Następnie zapomocą delikatnego piórka rysunkowego, zamaczanego w kropli trzeciej, względnie czwartej, robimy szereg drobnych punkcików tuszowych na powierzchni skrzepłej płytki żelatynowej. Punkciki te po najkrótszym czasie nakrywamy jałowemi szkiełkami nakrywkowemi i oglądamy zapomocą drobnowidu. Na ciemnem polu tarczy tuszowej widnieją bakterye jako błyszczące bezbarwne przestrzenie z ostro zaznaczonymi konturami. Przy odpowiedniem rozcieńczeniu materyału z łatwością znajdziemy kilka punktów, które zawierają tylko jedną komórkę bakteryjną, te osobno zaznaczamy, i z nich to wyrastające kolonie dają pewność, że pochodzą z jednej tylko komórki. Metoda ma nadto tę zaletę, że pozwala śledzić rozwój kolonii od samego początku, uprzystępnia tedy badaniu wstępne okresy rozwojowe, które dotąd dla nas były niedostrzegalne. Do robienia punktów tuszowych nadaje się tylko powierzchnia żelatyny, nie zaś powierzchnia agaru, lub innych podłoży. O ileby tedy chodziło o gatunki, nie wyrastające na żelatynie, to można, stwierdziwszy w punkcie tuszowym obecność jednej tylko bakteryi, zdjąć szkiełko, a wraz z niem przylegający doń punkt tuszowy z bakteryą i przenieść na powierzchnię płytki agarowej lub innego podłoża. Można też, gdy chodzi o beztlenowce, szkiełko wraz z punktem tuszowym pogrążyć w głąb jakiegoś odpowiedniego podłoża płynnego lub stałego.

Oprócz tego metoda tuszowa może nam także oddawać pewne, czasem ważne usługi w uwidocznianiu bakteryi lub zarazków drobnowidowych, zwłaszcza takich, których barwienie przedstawia pewne trudności lub wymaga dłuższego czasu. Odnosi się to w pierwszym rzędzie do krętowłosa bladego (spirochaete pallida), którego barwienie zwykłą metodą wymaga całej doby, a daje obrazy bardzo delikatne. Metoda badania w polu zaciemnionem (Dunkelfeidbeleuchtung), bardzo piękna, wymaga już pewnej wprawy i osobnego przyrządu, nie każdemu praktykowi dostępnego. Metoda tuszowa jest tu niezmiernie prosta: kropelkę wydzieliny z wrzodu twardego lub kłykciny, uzyskanej przez podrażnienie (»Reizserum«), miesza się na szkiełku przedmiotowem z równie wielką kropelką tuszu (najlepiej używać wyrobu Günthera i Wagnera z Wiednia, t. zw. Perltusche) i rozciera cienką warstwą, jak n. p. krew lub wysięki. Na brunatnem tle z łatwością można odszukać eleganckie i gęste zwoje krętowłosa bladego i odróżnić je n. p. od szerokich falistych skrętów krętowłosa błyszczącego (sp. refringens). Naturalnie, że metoda tuszowa nie stworzy krętowłosów tam, gdzie ich niema, może ona tylko uprościć i ułatwić ich znalezienie tam, gdzie są obecne, choć i tu trzeba będzie czasem kilka preparatów przeszukiwać przez dłuższy czas, zanim się znajdzie jeden egzemplarz. Nacisk pewien trzeba położyć na dostateczną

cienkość preparatu; kontrast między bezbarwnym krętowłosem a tuszowem jego podłożem będzie najwyraźniejszy wtedy, jeśli warstwa tuszu nie nakryje krętowłosa, t. z. jeśli jej wysokość nie będzie przewyższała grubości krętowłosa. W preparatach grubszych krętowłos staje się mniej wyraźny, przesłonięty brunatnym cieniem. Gdy chodzi o inne, grubsze bakterye, to warstwa tuszu może być odpowiednio grubsza. Prawdopodobnie metoda tuszowa będzie także oddawać pewne usługi w znajdowaniu krętka Obermeierowskiego (spirochaete febris recurrentis), krętowłosa najcieńszego (sp. pertenuis, zarazka framboezyi) i innych pokrewnych.

Wreszcie chciałbym też wspomnieć o tem, że metoda tuszowa da nam, być może, pewne wyjaśnienie co do budowy komórki bakteryjnej. I tak w preparatach grubszych różne laseczki i bakterye okazują bardzo wyraźnie dokoła szarobrunatnowej części środkowej jasny rąbek protoplazmy zewnętrznej (ekdoplazmy), potwierdzając w ten sposób dane, uzyskane przezemnie dawniej zapomocą różnych metod barwienia. Światło, przechodzące przez warstwę brzeżną bakteryi, przechodzi przez grubszą warstwę tuszu, niż promienie, przechodzące przez środek bakteryi. Gdyby tedy bakterye przedstawiały masę optycznie jednolitą, w naszych preparatach grubych środkowa ich część powinnaby być najjaśniejsza, obwodowa ciemniejsza. Skoro zaś w rzeczywistości rzecz ma się przeciwnie, wolno stąd wnosić, że warstwa zewnętrzna musi się odznaczać inną budową fizyczną lub chemiczną, niż reszta komórki bakteryjnej. Co do rzęsek bakteryi, tworów, zbliżonych delikatnością swą do krętowłosa, a raczej przewyższających go jeszcze w tym kierunku, dotąd nie udało się ich uwidocznić zapomocą metody tuszowej; może dalsze udoskonalenia metody do tego jeszcze doprowadzą. Kończąc, uważam sobie za miły obowiązek podziękować i na tem miejscu WP. Prym. Drowi E. Borzęckiemu za uprzejmie udzielone mi pozwolenia zbadania zapomocą metody tuszowej szeregu przypadków kiłowych i innych pochodzących z Jego oddziału.

Piśmiennictwo. Burri: Das Tuscheverfahren. Jena. Fischer, 1909.

Wpływ kąpieli gazowych mineralnych na krążenie krwi.

Podał

Dr Witold Skórczewski

z Krynicy.

(Dokończenie).

Gdy jednak pomiary przed i po kąpieli wykonywałem według przepisów H. Recklinghausena na osobach siedzących, a w kąpieli z konieczności na osobach pół-leżących i przy różnem ustawieniu ręki wobec ciała, zmuszony jestem do liczb, otrzymanych podczas kąpieli, dodać odpowiednie poprawki, otrzymane przez pomiary ciśnienia przed i po wejściu, a następnie po wyjściu z wanny próżnej, t. zn. wody nie zawierającej. Tablica III. jest właśnie wynikiem doświadczeń, wykonanych w celu otrzymania poprawki; jest ona zestawiona z dwu grup doświadczeń i zgodna z liczniejszemi doświadczeniami, których, aby uniknąć rozwlekłości, nie podaję. W grupie I., t. zn. w sześćdziesięciu doświadczeniach z I. tablicy, otrzymana poprawka jest mniejsza, ponieważ wanny, do doświadczeń używane, były płytsze; w grupie II., t. zn. w doświadczeniach z tablicy VII., VIII. i IX., gdzie używane wanny były głębsze, poprawka jest nieco większa. Tablica ta prócz pomiarów ciśnienia zawiera i pomiary liczby tętna i oddechów, które zdają się wskazywać na przyspieszanie się czynności serca i nieznaczne przyspieszanie się oddechu podczas przebywania w pozycyi pół-leżącej w wannie. Obniżanie ciśnienia w I. grupie z tablicy III. wahało się od 0—10 cm³ słupa wody, dla grupy drugiej od 0—20 cm³ słupa wody.

W ten sposób otrzymanemi poprawkami uzupełnić musiałem odpowiednie tablice, podając je w nagłówku, a następnie odejmując od średnich, otrzymanych w czasie kąpieli. Poszczególne mierzenia wpisane są bez poprawek i należy je uzupełnić poprawką dla ocenienia rzeczywistego wpływu kąpieli na ciśnienie.

Zestawiając otrzymane w tablicy I. wyniki, dochodzimy do przekonania, iż wpływ kąpieli na ciśnienie palpatoryczne tak się przedstawia: Gdy w 6 kąpielach wodnych 24° R spostrzeżono po uwzględnieniu poprawki podniesienie ciśnienia, a w 4 spadek, to przy kąpielach gazowych o tej samej ciepłocie 3 razy stwierdzono podniesienie ciśnienia, a w 7 spadek. Po kąpielach, gdzie liczby są pewniejsze, bo tutaj nie uwzględniano poprawki, w połowie przypadków mamy podniesienie, w połowie obniżenie ciśnienia. Średnie podczas tych kąpieli wynoszą dla wodnych — 2·5 cm sł. wody, dla kąpieli gazowych — 2·9 cm sł. wody, gdy natomiast po kąpieli — 0·7 i + 3 cm sł. wody.

Przy stosowaniu kąpieli wodnych 27° R w 3 kąpielach spostrzegłem podniesienie ciśnienia, w 6 obniżenie, w 1 ciśnienie było bez zmiany; przy takichże gazowych stosunek 3 do 7 został również utrzymany; po tychże kąpielach wodnych 5 razy, a po gazowych 3 razy stwierdziłem podniesienie ciśnienia. Średnie dla kąpieli o ciepłocie 27° wynoszą dla wodnych — 3·2, dla kąpieli gazowych — 4·7 cm sł. wody, gdy natomiast po kąpieli — 0·9 i — 2·6 cm sł. wody.

Przechodząc wreszcie do kąpieli 30° R, stwierdziłem tu znaczniejsze obniżenie się ciśnienia podczas kąpieli, aż u 19 osób. Raz tylko w kąpieli gazowej obniżenia ciśnienia nie było. Po kąpielach wodnych 30° w 3 przypadkach stwierdziłem podniesienie ciśnienia, przy gazowych w 2 przypadkach. Średnie dla tych kąpieli są podczas kąpieli — 15·7 i — 15·3 cm sł. wody, po kąpieli — 1·7 i — 8·2 cm sł. wody. Tutaj zaznacza się różnica w kąpieli mineralnej, może zależna od znaczniejszego rozszerzenia naczyń skórnych.

Przy pomiarach ciśnienia spostrzedz było można również jako niestały objaw, przemijające bezwzględne podniesienie się ciśnienia. I tak objaw ten w mych doświadczeniach spostrzegłem 5 razy z początkiem kąpieli mineralnej 24° R, 4 razy przy takiejże wodnej, 2 razy przy kąpieli gazowej 27° R, 3 razy przy wodnej, 2 razy przy kąpieli mineralnej 30° R, 1 raz przy wodnej 30° R.

Tak więc badając ciśnienie palpacyjne tych dwóch typów kąpieli, nie możemy spostrzedz wybitniejszej różnicy

TABLICA III.

	1. siedząco przy stole					2. pół-leżąco w wannie					3. jak w 1. po wyjściu				
	ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów	ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
I. S. C. l. 18	140	100	160	72	22	130	95	140	76	22	140	90	150	70	23
II. » »	140	90	150	70	23	120	90	140	78	22	140	90	150	68	21
I. J. I. l. 19	140	75	155	80	25	130	75	140	82	26	142	75	160	76	25
II. » »	140	85	155	76	28	120	70	130	82	28	140	75	155	80	25
I. S. Ł. l. 26	145	100	160	84	12	140	90	160	86	12	140	90	160	82	12
II. » »	140	90	160	82	12	130	80	150	76	—	140	80	150	78	12
I. J. R. l. 33	130	80	140	66	16	120	65	130	68	18	130	80	140	70	16
II. » »	140	90	150	64	16	130	80	140	70	14	130	80	140	66	16
I. B. K. l. 49	145	100	150	60	16	145	100	150	62	18	145	110	150	56	18
II. » »	145	110	150	56	18	145	100	150	60	18	150	110	160	60	18
Średnie: grupa I.	140	91	153	—	—	133	85	144	—	—	139·4	89	152	—	—
Średnie: grupa II.	141	93	153	—	—	129	84	142	—	—	140	87	151	—	—
Średnia	140·5	92	153	71	18·8	131	84·5	143	74	19·7	139·7	88	151·5	70·6	18·6
Różnice: grupa I.	—	—	—	—	—	−7	−6	−9	—	—	—	—	—	—	—
Różnice: grupa II.	—	—	—	—	—	−12	−9	−11	—	—	—	—	—	—	—
Różnice razem	—	—	—	—	—	−9·5	−7·5	−10	—	—	—	—	—	—	—

Pomiary ciśnienia wykonane przy zmianie położenia ciała osoby siedzącej przy stole i w wannie próżnej.

między niemi. Również nie możemy zauważyć większej tendencyi kąpieli gazowej do podnoszenia ciśnienia, niż kąpieli wodnej.

Natomiast pewne różnice spostrzedz możemy przy badaniu ciśnienia rozkurczowego podczas kąpieli wodnych i gazowych. I tak dla kąpieli wodnej podczas kąpieli 24, 27 i 30^0 mamy obniżenie ciśnienia o 7·0, 4·0, 12·0, dla kąpieli gazowych przy tej samej ciepłocie obniżenie o 6·9, 3·4 i 6·8. Objaw ten wyraziściej występuje przy następnych doświadczeniach i zwrócę na niego w odpowiedniem miejscu jeszcze uwagę, jako na mniejsze obniżanie się ciśnienia rozkurczowego przy kąpielach gazowych.

Ciśnienie skurczowe oscylacyjne idzie w parze z ciśnieniem palpacyjnem i daje z niem prawie takie same wyniki, ponieważ jednak nie jest ono dla oznaczenia ciśnienia tak dokładne, jak metoda palpacyjna, więc nie będę zajmował się dokładniejszem omówieniem wyników tutaj otrzymanych, odsyłając do tablic każdego, ktoby chciał je zestawić.

Również i pomiary, wykonywane po kąpielach w czasie od 10 do 30 minut, nie wykazywały znaczniejszego zwiększenia się palpacyjnego ciśnienia krwi. Pomiary wykonałem w 6 kąpielach wodnych i 11 kąpielach mineralnych, w których to podniesienie ciśnienia przy 24^0 R wyniosło średnio 3·6 cm, a przy 30^0 obniżenie o 0·8 cm sł. wody, gdy przy pierwszych otrzymałem + 0·5 i — 10 cm sł. wody. Po 4 kąpielach wodnych znalazłem obniżenie, po jednej podniesienie ciśnienia, raz ciśnienie nie uległo zmianie. Po 6 kąpielach gazowych stwierdziłem obniżenie, po 5 podniesienie ciśnienia.

Na załączonej tablicy pierwszej mamy równocześnie zestawienie liczby tętna i oddechów przed, w czasie i po kąpieli. Stwierdzić tutaj można stałe obniżanie się liczby tętna przy kąpielach 24^0 R, podczas kąpieli występujące, a po kąpieli największe, dochodzące tak przy kąpieli wodnej, jak i gazowej 7—8 uderzeń na minutę, przy kąpielach 27^0 około 4—6, przyczem średnie kąpieli gazowej są nieco wyższe, niż wodnej. Przy kąpielach 30^0 obniżenia liczby tętna podczas kąpieli wodnej nie spostrzegłem, lecz przy kąpieli bezwodnikowej nieznaczne podwyższenie średnio o 2 uderzenia na minutę, po tychże kąpielach nieznaczne obniżenie od 1—2 uderzeń na minutę.

Co do charakteru tętna, to spostrzegałem, zwłaszcza przy kąpielach 30^0 R, tak wodnych, jak mineralnych, powiększenie się tętna wraz z równoczesnem zmniejszaniem się napięcia. Tętno stawało się duże, miękkie. Na krzywych tętna, które podaję wraz z objaśnieniami każdej tablicy, spostrzedz możemy następujące różnice. W czasie

TABLICA IV.

l. tętna 68.

l. oddechów 20.



l. tętna 68.

l. oddechów 13.



l. tętna 64.

l. oddechów 18.



Krzywe tętna J. Z. R., l. 33, przed I, podczas II i po III kąpieli wodnej 24° R. Na obrazie II spostrzedz można powiększenie fali, jej szybsze powstawanie, wyraźniejsze zaznaczenie fali skurczowej, obniżenie zagłębienia tętniczego, wzmocnienie fali dikrotycznej i elewacyjnych.

TABLICA V.

l. tętna 69.

l. oddechów 15.



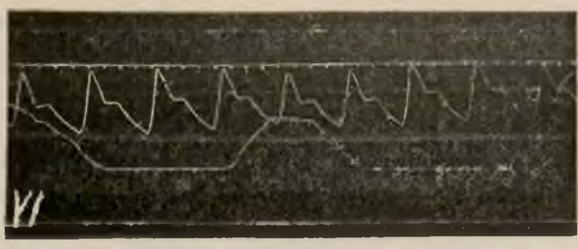
l. tętna 76.

l. oddechów 16.



l. tętna 66.

l. oddechów 14.



Krzywe tętna i oddechów T. S. l. 28 przed (IV), wśród (V) i po (VI) kąpieli wodnej 27° R. Obrazy analogiczne do poprzednich, różnica wielkości krzywych znaczniejsza.

kąpieli zdjęte tętno różni się od tętna przed i po kąpieli wyraźniejszem zaznaczeniem fali skurczowej, ostrzejszem wznoszeniem się krzywej wstępującej, obniżeniem zagłębienia tętniczego (Aortensenkung), wyraźnem powiększeniem fali dwubitnej (dikrotycznej) i zwiększeniem się, zwłaszcza przy kąpielach chłodnych, fal elastycznych. Powiększenie się wysokości tętna jest największe przy kąpielach chłodnych (w związku prawdopodobnym ze zmniejszeniem liczby tętna), obniżenie zagłębienia tętniczego jest największe przy kąpielach o 30° R, zależnie od obniżenia ciśnienia w tętnicy. Różnicy w tętnie, spisywanem w kąpieli gazowej i wodnej, dopatrzeć się nie mogłem.

TABLICA VI.



l. tętna 81.

l. oddechów 10.



l. tętna 90.

l. oddechów 9.



l. tętna 78.

l. oddechów 11.

Krzywe tętna S. Ł., l. 25, przed (VII), w czasie (VIII) i po (IX) kąpieli mineralnej 30° R. Obraz krzywych podobny do poprzednich.

Przy rozważaniu obrazów tętna zastrzedz się muszę, iż również i tutaj zmiana położenia ręki wobec ciała, ułożenia ciała i wysokości zdejmowanego tętna wobec serca nie jest bez wpływu na obraz tętna. Stąd na karb błędów należałoby w znacznej części przyjąć obniżenie zagłębienia tętniczego i powiększenie fali dikrotycznej. Może będę mógł przeprowadzić doświadczenia, w których popełniane błędy zdołam zmniejszyć.

Przy sposobności omawiania sprawy krążenia wspomnieć jeszcze muszę o zwiększaniu się wydalania moczu, stwierdzanego przez Lehmana tak podczas kąpieli bezwodnikowo mineralnej, jak wodnej, około 70%, przy zmniejszaniu się tej odsetki przy użyciu kąpieli cieplejszej. Spostrzeżenia te objaśniają do pewnego stopnia sprawę krążenia w narządach wewnętrznych.

Według Winternitza zwiększa się pojemność oddechowa podczas kąpieli gazowej znacznie, mianowicie o 1 litr na minutę. Sommer zwraca uwagę na przedłużenie wdechów, a Reisner i Grote stwierdzili obniżenie granic

TABLICA VII.

		ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
K. S. l. 16	przed kąpielą	130	90	145	82	20
	wśród kąpieli	115	88	137	78	26
	z końcem kąpieli	113	90	124	80	26
	po kąpieli	121	97	131	78	32
S. C. l. 18	przed kąpielą	160	98	180	76	26
	wśród kąpieli	130	70	150	80	22
	z końcem kąpieli	120	75	140	64	18
	po kąpieli	153	100	160	62	22
J. I. l. 19	przed kąpielą	140	100	160	82	23
	wśród kąpieli	126	90	132	76	22
	z końcem kąpieli	117	90	128	74	22
	po kąpieli	129	90	145	68	20
»	przed kąpielą	135	90	150	80	24
	wśród kąpieli	120	80	135	82	25
	z końcem kąpieli	121	78	130	74	21
	po kąpieli	140	100	140	72	25
S. Ł. l. 25	przed kąpielą	140	90	160	82	11
	wśród kąpieli	130	80	140	80	12
	z końcem kąpieli	125	78	140	78	11
	po kąpieli	140	90	160	72	10
»	przed kąpielą	152	100	190	100	14
	wśród kąpieli	128	100	140	90	14
	z końcem kąpieli	127	93	138	78	11
	po kąpieli	138	100	163	82	12
T. S. l. 28	przed kąpielą	138	88	160	74	19
	wśród kąpieli	130	90	145	62	18
	z końcem kąpieli	130	88	?	60	20
	po kąpieli	130	75	?	64	16
»	przed kąpielą	137	95	150	74	18
	wśród kąpieli	118	80	130	68	17
	z końcem kąpieli	120	80	125	64	16
	po kąpieli	130	?	?	62	16
S. S. l. 29	przed kąpielą	135	90	140	80	24
	wśród kąpieli	124	75	138	72	24
	z końcem kąpieli	111	80	128	70	20
	po kąpieli	123	85	135	60	21
B. K. l. 49	przed kąpielą	151	99	160	72	22
	wśród kąpieli	123	84	140	74	20
	z końcem kąpieli	123	81	130	64	20
	po kąpieli	147	95	160	62	20
Średnie	przed kąpielą	142	93	160	80	20
	wśród kąpieli	123	84	139	76	20
	z końcem kąpieli	121	83	131	71	19
	po kąpieli	135	93	149	68	19
Różnice	przed kąpielą	—	—	—	—	—
	wśród kąpieli	—19	—9	—21	—4	±0
	z końcem kąpieli	—21	—10	—29	—9	—1
	po kąpieli	—7	±0	—11	—12	—1
Różnice po dodan. poprawki	wśród kąpieli	—7	±0	—10	—	—
	z końcem kąpieli	—9	—1	—18	—	—

Pomiary ciśnienia krwi, liczby tętna i oddechów w kąpielach mineralnych 27° R trwających trzydzieści minut. Poprawka dla dodania podczas kąpieli wynosi 12, 9, 11 dla ciśnień palpator., rozkurczowego i skurczowego oscylacyjnych.

TABLICA VIII.

		ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
S. C. l. 18	przed kąpielą	152	90	180	90	24
	wśród kąpieli	120	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	110	75	130	72	20
	po kąpieli	137	93	160	72	22
J. I. l. 19	przed kąpielą	137	90	160	82	24
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	113	65	135	84	24
	po kąpieli	138	93	145	76	22
A. G. l. 21	przed kąpielą	150	95	167	80	12
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	118	70	130	82	16
	po kąpieli	140	90	148	73	12
M. B. l. 21	przed kąpielą	142	75	160	88	24
	wśród kąpieli	143	75	150	—	—
	z końcem kąpieli	133	65	140	86	28
	po kąpieli	143	80	160	76	22
W. T. l. 22	przed kąpielą	150	110	170	92	21
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	128	70	150	84	16
	po kąpieli	137	90	145	74	22
A. T. l. 25	przed kąpielą	138	90	155	94	20
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	113	70	130	76	15
	po kąpieli	140	91	160	74	14
S. Ł. l. 25	przed kąpielą	135	93	150	94	12
	wśród kąpieli	130	75	131	—	—
	z końcem kąpieli	129	80	140	72	16
	po kąpieli	137	100	155	70	10
O. P. l. 29	przed kąpielą	130	103	135	64	18
	wśród kąpieli	—	—	128	—	—
	z końcem kąpieli	113	80	128	64	14
	po kąpieli	140	93	145	58	14
J. R. l. 33	przed kąpielą	132	95	150	76	20
	wśród kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	110	70	110?	76	14
	po kąpieli	135	95	150	66	22
B. K. l. 49	przed kąpielą	140	100	140	82	22
	wśród kąpieli	140	100	140	—	—
	z końcem kąpieli	128	90	130	76	12
	po kąpieli	139	105	145	72	20
Średnie	przed kąpielą	141	94	158	84	20
	wśród kąpieli	133	83	140	—	—
	z końcem kąpieli	120	74	132	77	18
	po kąpieli	139	93	151	71	18
Różnice	przed kąpielą	—	—	—	—	—
	wśród kąpieli	—8	—11	—18	—	—
	z końcem kąpieli	—21	—20	—26	—7	—2
	po kąpieli	—2	—1	—7	—13	—2
Różnice po dodan. poprawki	wśród kąpieli	+4	—2	—7	—	—
	z końcem kąpieli	—9	—11	—15	—	—

Pomiary ciśnienia krwi, liczby tętna i oddechów w kąpielach mineralnych 27° R, trwających 10 minut, z wodą przez 24 godzin wystałą w wannie. Poprawka dla dodania podczas kąpieli wynosi dla ciśnienia palpator. 12, dla rozkurcz. oscyl. 9, dla skurcz oscyl. 11 cm. sł. wody.

płuc ku dołowi o 1 do 3 ctm, przy równoczesnem od tego zależnem obniżeniu uderzenia koniuszkowego serca i zmniejszeniu stłumienia bezwzględnego (Groedel II. i Groedel III.). Liczba oddechów ma się według Stiflera po nieznacznem powiększeniu z początku kąpieli wodnej, jak i gazowej, obniżać, a powracać do normy po kąpieli. W załączonej tablicy I. nie można stwierdzić równomiernego wpływu kąpieli na ilość oddechów, występuje tak dobrze przyspieszenie, jak zwolnienie oddychania, a średnie nie wykazują poza 2 oddechy na minutę przechodzących różnic w kierunku zwolnienia podczas kąpieli i po kąpieli.

Badania stłumienia serca i ocenianie z wielkości jego wpływu kąpieli na serce wobec zmienności granic płuc znaczenia mieć nie mogą. Jedynie ortodiagraficznie moglibyśmy otrzymać pewne dane, jednak dotychczasowe badania Seliga (Berliner klinische Wochenschr. Nr 22, 1909) dały zmienne wyniki.

Dla dalszego ocenienia sprawy działania kąpieli gazowych przeprowadzałem dalsze doświadczenia, zamieszczone na tablicach VII., VIII. i IX. Na tablicy VII. mamy obraz pomiarów z 10 doświadczeń, wykonanych u 7 osobników zdrowych w kąpielach gazowych, trwających przez 30 minut przy ciepł. 27^0 R. Tutaj spostrzegamy aż w 9 przyp. obniżenie względne ciśnienia palpacyjnego, w jednym natomiast tylko nieznaczne podniesienie. Stąd wysnućby można wniosek, iż dłuższe działanie kąpieli w kierunku rozszerzenia naczyń skórnych wywoływałoby nieco znaczniejsze obniżenie ciśnienia, jeśli porównamy wyniki, tutaj otrzymane, z wynikami, otrzymanymi przy 10-minutowej kąpieli 27^0 R. Również i po kąpieli stosunek ten byłby utrzymany: 8 razy ciśnienie było obniżone, raz podwyższone, raz bez zmiany. Względne ciśnienie rozkurczowe nie obniża się tutaj średnio zupełnie, po kąpieli nieznacznie o 1 cm. I mamy tutaj jeszcze wyraziściej występujący fakt niestosunku obniżenia się ciśnienia palpatorycznego i rozkurczowego, co, jak już zauważyłem, jest charakterystyczną dla tych dwóch typów kąpieli różnicą. Liczba tętna obniża się w doświadczeniach z tablicy VII. do 13 uderzeń po kąpieli.

W następnej tablicy VIII. zebrałem znowu 10 doświadczeń z kąpielami, które były przygotowane z wody mineralnej, przez 24 godzin wystałej w wannie w celu pozbawienia wody nadmiaru bezwodnika węglowego. I tutaj ciepłota kąpieli wynosiła 27^0 R, czas trwania natomiast 10—15 minut. I tutaj spostrzegamy zaledwie u 2 osób względne podwyższenie, a u 8 obniżenie ciśnienia palpatorycznego w czasie kąpieli; obniżenie jest średnio nawet dość znaczne, wynosi 9 cm^3 sł. wody. Natomiast po kąpieli u 6 osób stwierdzić mogłem podwyższenie ciśnienia. Ciśnienie rozkurczowe zachowywałoby się tutaj różnie, jak w tablicy VII. Stwierdzamy bowiem tutaj obniżenie, analogiczne do ciśnienia palpatorycznego. Liczba tętna obniżona do 13 uderzeń po kąpieli, liczba oddechów nieznacznie obniżona.

Wyniki, otrzymane w tablicach VII. i VIII., prócz dowodów przeciw działaniu swoiście hyperstenicznemu kąpieli gazowych, zaznaczają wyraźnie różnicę w zachowaniu się ciśnienia rozkurczowego w kąpieli, zawierającej znaczne ilości bezwodnika węglowego, a takiej, która jest go w większej części pozbawiona. Przytem dodać muszę, iż wpływ tej drugiej na rozszerzenie naczyń skórnych jest bez po-

TABLICA IX.

		ciśnienie palpatoryczne	ciśn. rozkurcz. oscylacyjne	ciśnienie skurcz. oscylacyjne	liczba tętna	liczba oddechów
S. C.	przed kąpielą	140	100	160	68	20
	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
l. 18	z końcem kąpieli	140	100	146	60	20
	po kąpieli	140	90	150	58	20
J. I.	przed kąpielą	150	90	160	80	26
	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
l. 19	z końcem kąpieli	135	90	140	74	24
	po kąpieli	140	90	150	62	24
A. T.	przed kąpielą	140	100	160	80	20
	z pocz. kąpieli	—	—	—	58	21
l. 25	z końcem kąpieli	130	?	?	58	—
	po kąpieli	140	90	145	68	16
J. R.	przed kąpielą	125	90	140	88	20
	z pocz. kąpieli	—	—	—	68	20
l. 33	z końcem kąpieli	125	83	130	—	—
	po kąpieli	135	95	155	64	22
B. K.	przed kąpielą	140	90	150	68	22
	z pocz. kąpieli	—	—	—	56	26
l. 49	z końcem kąpieli	140	100	145	58	20
	po kąpieli	150	105	150	60	18
Średnie	przed kąpielą	139	94	154	77	21·6
	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	134	93	140	63·6	21
	po kąpieli	141	94	150	62·4	20
Różnica	przed kąpielą	—	—	—	—	—
	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	—5	—1	—14	13·4	—0·6
	po kąpieli	+2	±0	—4	—14·6	—1·6
Różnica po dodaniu poprawki	z pocz. kąpieli	—	—	—	—	—
	z końcem kąpieli	+7	+8	—3	—	—

Pomiary ciśnienia krwi, liczby tętna i oddechów w kąpielach mineralnych 20^0 R, trwających 10 minut. Poprawka dla dodania podczas kąpieli wynosi dla ciśnienia palpatorycznego 12, dla ciśn. rozkurczowego oscylacyjnego 9, dla ciśn. skurczowego oscylacyjnego 11 cm. sł. wody.

równania mniejszy, czem również tłómaczyćby można nizkie liczby ciśnienia palpatorycznego, otrzymane po kąpielach w tablicy VII., zwłaszcza w porównaniu z tablicą VIII.

Wysokie liczby, jakie zauważamy w ostatnich dwu tablicach przy wpływie kąpieli rzeczonych na liczbę tętna zależne są prawdopodobnie od początkowych wysokich liczb. Nadmienić tutaj muszę, iż doświadczenia te wykonywałem między godz. 10—12 przedpołudniem u wyrobników oderwanych od pracy. Stąd czynność serca ich była nieco przyspieszona i pod wpływem kąpieli tak znacznie się co do częstości tętna obniżała.

Szczupłą mam liczbę doświadczeń, wykazujących działanie kąpieli gazowych o nizkiej ciepłocie 20^0 R. I tutaj zauważyć mogłem zaróżowienie skóry, choć nie tak wybitne, jak przy kąpielach cieplejszych. W 5 doświadczeniach na tablicy IX. widzimy ich działanie, podnoszące ciśnienie czterokrotnie podczas kąpieli, dwukrotnie po kąpieli.

Takie otrzymałem wyniki w moich doświadczeniach.

Zastrzegając się przeciw uogólnianiu mych doświadczeń na wszelkiego rodzaju kąpiele, zawierające bezwodnik węglowy, również i przeciw przenoszeniu tych wniosków na ludzi z chorym narządem krążenia, zestawiam następujące wyniki moich doświadczeń:

1. Zaczerwienienie skóry, zależne od działania bezwodnika, we wszystkich kąpielach gazowych silniejsze w kąpielach ciepłych, niż chłodnych, słabe w wystałych.

2. Zmienne wyniki w zachowaniu się ciśnienia palpatorycznego przy kąpielach 24 i 27° R z pewną tendencyą do obniżania się ciśnienia. Podniesienie się tegoż ciśnienia przy kąpielach 20°, a obniżanie przy 30° R. Kąpiele wodne zachowują się podobnie.

3. Zupełnie podobne wyniki przy mierzeniu oscylacyjnem ciśnienia skurczowego.

4. Niestosunkowo małe obniżenie ciśnienia rozkurczowego, jako swoiste oddziaływanie kąpieli gazowych.

5. Obniżenie ilości tętna, zwiększające się ze zmniejszeniem ciepłoty kąpieli, a powiększenie tegoż już przy ciepłocie 30° R.

6. Zmienne zachowanie się ilości oddechów, przy zazwyczaj spostrzeganem przedłużeniu wdechu i pogłębieniu oddychania.

Na zakończenie chciałbym przytoczyć zdanie Jacoba, a w nowszych czasach Kischa, którzy, wnosząc z rozszerzenia naczyń skórnych o ułatwieniu opróżniania krwi w sercu i z obniżenia liczby tętna przy stosowaniu dość chłodnych kąpieli gazowych, oceniali wartość ich zmniejszeniem pracy mięśnia sercowego i ułatwieniem mu potrzebnego wypoczynku.

Obecnie zajmuję się sprawą działania kąpieli gazowych na serce chore i otrzymane wyniki w swoim czasie ogłoszę.

Piśmiennictwo. 1. Beneke: Zur Therapie des Gelenkrheumatismus und der damit verbundenen Herzkrankheiten. 1872. — 2. Prof. Aug. Hensemann: Der Kohlensäure-Verlust bei Herrichtung von Bädern. Oesterr. Badeztg. Nr 19. 1877. Arch. Schmidt. B. 181. — 3. August Schott: Die Wirkung der Bäder auf das Herz. Berl. klinische Wochenschr. Nr 25. 1880. — 4) Tenże: Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. Nr 33. 1885. — 5) Prof. Schott: Über Behandlung chronischer Herzkrankheiten im jugendlichen Alter. Wiener medic. Wochenschr. Nr 17—20. 1899. — 6. Tenże: Über das Verhalten des Blutdruckes bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten. Wien. med. Wochenschr. Nr 22. 1901. — 7. August i Theodor Schott: Die Nauheimer Sprudel- und Sprudelstrombäder. Berl. klin. Wochenschr. Nr 19. 1884. — 8. Prof. Dr Schott: Über Neurasthenia insb. Neurasthenia cordis. Veröff. der Hufeland. Gesellsch. in Berlin. Schmidt B. 231. — 9. H. Kisch: Real-Encyclopädie der ges. Heilkunde von Prof. Dr Eulenburg. — 10. Tenże: Die balnotherapeutische Erleichterung der Herzarbeit. Balneol. Congr. 1903. Deut. Medic. Ztg. 34. — 11. Tenże: Gynekotherapie in den Kurorten. Balneol. Congr. 1904. — 12. F. Kisch: Zur physiologischen Wirkung der natürlichen Kohlensäurebäder. Prag. medic. Wochenschr. Nr 49—50. 1906. — 13. Tenże: Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäure Bäder. Ibidem Nr 49. — 14. Stifler: Wirkung reiner einfacher Stahlquellen bei Anämie. Berl. klin Wochenschr. Nr 16. 1882. — 15. Tenże: Wirkung kohlensäurer Stahl- und Eisenmoorbäder bei Krankheiten des Nervensystems. Bayr. ärzl. Intell. Bl. 1882. Schmidt. B. 198). — 16. Über physiologische differente Bäderwirkung. Deutsche Medic. Ztg. Nr 36, 37. 1895. — 17. Stifler: Über die Wirkungen künstlicher Bäder. Münch. medic. Wochenschr. Nr 27. 1897. — 18. Lehman: Blutdruck nach Bädern. Zeitschr. f. klin. Med. 1883. B. 6. — 19. Ernst Lehman: Über die Urinmengen nach Bädern nach gewöhnlichen und Thermalsolwasser. Berl. klin. Wochenschr. Nr 20. 1886. — 20. Jacob: Über Steuerung des Herzens durch Süsswasser- und Kohlensäure-Bäder u. s. w. Veröff. der Gesell. für Heilkunde in Berlin. XI. Balneol. Sect. 1884. Schmidt B. 205. — 21. Tenże: 20. Schlesischer Bädertag. Schmidt. B. 239. — 22. C. A. Ewald: Kurze Mittheilung über Kohlensäurebäder. Berl. klin. Wochenschr. Nr 25. 1887. — 23. F. A. Hofmann: Terapia ogólna. Warszawa, 1887. — 24. Adam: Die Wirkungen, welche Kohlensaurebader auf Herz- und Brustleiden ausüben. Nürnb. Balneol. Ztg. Nr 2. 1891. Schmidt 231. — 25. S. Graupner: Physiologische und klinische Bemerkungen zur Balneotherapie der chronischen Herzerkrankungen. Therap. Wochenschr. Nr 48. 1896. — 26. Tenże: Über die Möglichkeit die Druckkraft des Herzmuskels, die Grösse des Widerstandes u. s. w. zu bestimmen. Medic. Klinik Nr 33. 1909. — 27. Prof. Heinemann: Die physikalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten (nach Schott). Deut. mediz. Wochenschr. Nr 33. 1896. — 28. Doc. H. Schlesinger: Erfahrungen über die Wirkung von Kohlensäurebädern bei Herzkranken. Vortr. im. med. Club. Münch. medic. Wochenschr. Nr 24. 1897. — 29. H. Hensen: Über die Wirkung kohlensäurehaltiger Bäder auf die Zirkulation. Deut. medic. Wochenschr. Nr 35. 1899. — 30. Pachon: Journal de Physiol. et de Patologie generale Nr 16—15. 1899. — 31. Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Kraków, 1899. — 32. Afanassjew: Experimentelle Forschung über die Wirkung der mech. und therm. Hautreizung auf den allg. Blutdruck. Arch. Virchow. — 33. Hensen: Über die Wirkung kohlensäurehaltiger Bäder auf die Zirkulation. Wiener klin. Wochenschr. Nr 6. 1900. — 34. Buxbaum: Lehrbuch der Hydrotherapie. Leipzig, 1900. — 35. E. Kowalski: O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony. Przegląd lek. 1900, Nr 47—50. — 36. F. Battistini u. L. Rovere: Klinische Beobachtungen über die Anwendung von Salz- und Kohlensäure-Bädern in der Behandlung von Herzkrankheiten. Zeitschr. f. diät. u. physik. Therap. V. 7. 1901. — 37. Högerstedt: Einfluss warmer Bäder von 30° R bei Herzkranken. Petersb. med. Wochenschr. 1, 4, 7, 11. 1895. Schmidt 258. — 38. W. Edgecombe i W. Bain: Lancet. June, 1899. Virchow Arch. 1899. — 39. O. Müller: Über den Einfluss von Bädern und Douschen auf den Blutdruck beim Menschen. Deut. Arch. für klin. Med. B. 74. 1902. — 40. De la Harpe: Über den Einfluss kohlensaurer Bäder auf den Blutdruck. Corr. Bl. für Schweizer Ärzte Nr 7. 1903. Schmidt 28. — 41. Reisner u. Grote: Beitrag zur Wirkung der kohlensäurehaltigen Thermalsolen nach Versuchen an Nauheimer Bäder. Münch. medic. Wochenschr. Nr 40. 1903. — 42. H. Stillmarck: Über Blutdruckmessung in der Badepraxis. Petersb. med. Wochenschr. Nr 37. 1903. Schmidt B. 282. — 43. J. Jacob: Die Wirkungen des indifferent temperirten 35—36° C. Süsswasser- und Kohlensäurebades auf den Blutdruck. Zeitschr. für klin. Med. XLIX. 1903. — 44. James Mackensie: Die Lehre vom Puls. Frankfurt, 1904. — 45. Józef Pawiński: O wpływie kąpieli, zwłaszcza zawierających kwas węglowy, na krwiobieg. Odczyty klin. Nr 1. 1905. — 46. Prof. W. Jaworski i K. Flis: Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich. Przegląd lek. Nr 21—23. 1905. — 47. Sommer. Über den Einfluss verschieden temperirter Bäder auf die Athemcurve. Ztschr. f. exp. Pathol. u. Therapie. I. 3. p. 480. 1905. — 48. J. Strassburger: Über Blutdruck, Gefässtonus und Herzarbeit bei Wasserbädern verschiedener Temperatur und bei kohlensäurehaltigen Soolbädern. Deut. Arch. f. klin. Med. Nr 5 i 6. 1905. — 49. H. Winternitz: Über die Wirkung verschiedener Bäder insb. auf den Gaswechsel. Deut. Arch. für klin. Medic. 3—4. 1902. — 50. Glax: Balneotherapie. 1906. — 51. H. v. Recklinghausen: Unblutige Blutdruckmessung. Arch. für exper. Pathol. u. Pharm. B. XV. 1906 — 52. Groedel II. i Groedel III. Die Beeinflussung der Herzdilatation durch kohlensäurehaltige Bäder. Monatschr. f. physik. diät. Heilmetod. Nr 1. 1909. — 53. Prof. H. Kisch: Die Balneotherapie der Anämien. Monatschr. für physik. diät. Heilmetod. Nr 3. 1909. — 54. H. L. Fellner: Über die physiologische Wirkung der Kohlensäurebäder.. XXX. Congress der balneol. Gesell. Berlin. Monatschr. für die physik. diät Heilmetoden Nr 4. 1909. — 55. B. Skórczewski: O zachowaniu się tętnic i żył pod wpływem strumienia gazu kwasu węglowego. Rozprawy Akademii Umiejętności w Krakowie 1878. — W polskiej literaturze jeszcze: 56. K. Steinsberg: Leczenie chorób serca we Francensbadzie. Przegląd lek. 1901. — 57. L. Steinsberg: O leczeniu miażdżycy układu naczyniowego we Francensbadzie. Gazeta lek. 1905. — 58. Z. Wąsowicz: O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy. Medycyna. — 59. F. Arnstein: Kilka

uwag o kąpielach nasyconych kwasem węglowym przy chorobach serca i naczyń. Czasopismo lek. 1903. — 60. K. Ciągliński: Przyczynek do leczenia balneologicznego chorych z cierpieniami serca i tętnic. Gazeta lek. 1904. — 61. Fr. Chłapowski: Pogląd na obecny stan leczenia zaburzeń sercowych kąpielami i środkami mechanicznemi. Nowiny lek. 1905. — 62. Z. Pelczar: O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania kąpieli gazowych. Przegląd lek. 1904. — Z piśmiennictwa angielskiego: Saundby, Bezby-Thorne (British Medical Journal, 1895), Kingskote, Campell (Lancet, 1896), Graigner, Leith (tamże). — Z piśmiennictwa francuskiego: Huchard (Extrait du Bulletin de l'Academie de Medecine 1903), Wybauw (Archiv. gen. de Med. 1904. Extr. du Journ. medic. de Bruxelles 1904), Laussedat (Extrait des Annales d'hydrologie, 1905).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Przytoczone cyfry nie mówią nam co prawda o rodzaju zmian w sercu i nie dają podstaw dla statystyki, opartej na badaniach anatomicznych, ale w każdym razie posiadają wartość ogólną, przyczyniają się do sprostowania sądu, który o częstości kiłowych zmian w sercu wypowiada anatomia patologiczna.

Że badania anatomiczne musiały odgrywać pierwszorzędną rolę, jest zupełnie zrozumiałe. Wszak Virchow stawać wprost musiał w obronie istnienia kiły serca, udowadniać na podstawie badań anatomicznych, że zmiany kiłowe powstają i rozwijają się w sercu tak samo dobrze, jak i w innych narządach.

Wykazanie owych zmian, dokładne określenie właściwych ich cech, poznanie ich rozmieszczenia, stanowi niezaprzeczoną zasługę anatomii patologicznej. Ale ta okoliczność, że wszystko, co się odnosiło do kiły serca, podlegało bezwzględnej ocenie anatomii patologicznej, ocenie, bądź co bądź jednostronnej, miała strony ujemne, sprawiła, że pojęcie kiły serca zamknęło się w ciaśniejszem kole, aniżeli się istotnie należało. Przeglądając piśmiennictwo, zajmujące się tą sprawą, nie trudno dostrzedz, że, poza niewielu wyjątkami, obraca się ono ze szczególnem upodobaniem około samych tylko kilaków. Możnaby nieledwo na podstawie niektórych prac odnieść wrażenie, że w tych tylko przypadkach wolno mówić o kile serca, w których na stole sekcyjnym znaleziono guzy lub naciek kilakowy. I nie jest to zapewne prosty przypadek, że autor bardzo wyczerpującej i wielką wartość posiadającej pracy o kile serca, W. Stockmann [58]), gromadząc sekcyjne przypadki tej choroby, uwzględnił szczegółowo tylko przypadki kilaków. Wraz z własnymi zebrał ich 82. Na zmiany innego rodzaju pozostaje już bardzo niewiele, jeśli uwzględnimy, że cały materyał kazuistyczny obejmuje około 200 spostrzeżeń, a z tego przynajmniej w połowie niema wyniku oględzin pośmiertnych, bądź dlatego, że ich nie wykonano, bądź też dlatego, że chorzy pod wpływem swoistego leczenia w części przynajmniej odzyskali zdrowie.

Rozpoznanie anatomiczne w przypadkach kilaków było pewne, na wątpliwości co do pochodzenia sprawy nie było miejsca, przekonywającym dowodem była właściwa ich budowa, wreszcie wprost nawet obecność krętków, wykrytych w ostatnich czasach w przypadku A. Buschkego i W. Fischera [59]). Określenie pochodzenia zmian włóknistych w mięśniu lub zmian w ścianach naczyń napotykało na trudności. Podnosił to już Virchow, a za nim i późniejsi badacze. To też wszystkie zestawienia statystyczne, oparte właśnie na datach anatomicznych, wysuwają na plan pierwszy przypadki zwyrodnienia kiłowego i zaznaczają ich częstość, a raczej stanowczą przewagę. Skoro zaś ich ilość jest wogóle niewielka, stąd i naturalny wniosek, że kiła nie odgrywa zbyt wielkiej roli w powstawaniu chorób serca, względnie narządu krążenia.

Cała ta sprawa weszła na nowe poniekąd tory, odkąd przy badaniach tętniakowato zwyrodniałych tętnic pilniej zaczęto śledzić cechy tego zwyrodnienia w różnych jego okresach, oraz śledzić za takiemi zmianami, któreby pozwoliły odróżnić schorzenia naczyń pochodzenia kiłowego i przeciwstawić je poniekąd zwykłej miażdżycy tętnic, pojmowanej jako objaw starości, zużywania się.

W badaniach tych poszła anatomia patologiczna do pewnego stopnia śladami spostrzeżeń klinicznych, które świadczyły, że między powstawaniem tętniaków, a przebytą kiłą istnieje bliższy, bezpośredni związek. Można go nawet udowodnić liczbami, jak to czyni Runeberg [60]) w swym odczycie o kile serca, wygłoszonym na Zjeździe internistów krajów skandynawskich w Helsingfors w roku 1902. I tak dowiadujemy się z zestawienia Gerharda, że kiłę wykazać można w 56%, wszystkich jego przypadków. Jest to cyfra najniższa. Welch podaje 60%, Etienne 69%, Malmsten 80%, Rasch 82%. W zakładzie anatomii patologicznej Hellera w Kilonii znajdowano kiłę nawet w 85%.

Stanowisko anatomii nie było dotąd tak jasno określone. Anatomowie uznawali wprawdzie, że kiła sprowadza, narówni z innymi czynnikami, przewlekłe zmiany w ścianach naczyń, że jest jedną z przyczyn miażdżycy, a w dalszym ciągu i tętniaków, ale nie godzili się z tem, aby istnieć miała odrębna kiłowa postać zwyrodnienia tętnic, miażdżyca kiłowa — jeśli dla jasności użyjemy tego określenia — jako swoista postać. I to był punkt sporny między kliniką, a anatomią.

Do rozjaśnienia sprawy przyczyniły się niemało badania Hellera i jego uczniów, zwłaszcza Doehlego. Na prace te wskazuje v. Düring [61]); podnosi ich doniosłość naukową i znaczenie praktyczne. Doprowadziły one do stanowczego rozdzielenia t. zw. kiłowego zapalenia tętnic — mesarteriitis luetica — od właściwej miażdżycy — endarteriitis deformans.

Kiłowe zapalenie tętnic cechuje się według opisu Doehlego powstawaniem pierwotnych zmian w błonie mięsnej naczynia. Na preparatach drobnowidowych widać w świeżych przypadkach bardzo wyraźnie jej zgrubiałe za-

[58]) W. Stockmann l. c.

[59]) A. Buschke i W. Fischer: Deutsche medic. Wochenschrift, 1909.

[60]) Runeberg l. c.

[61]) v. Düring: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1904.

rysy. Zgrubienie powstaje jako następstwo nacieku zapalnego, zajmującego bądź to rozległe przestrzenie, bądź też ograniczonego w postaci mniejszych i większych wysepkowatych ognisk. Zależnie od swego wieku przedstawiają te chore części tętnicy albo obraz drobnokomórkowego nacieku, albo wyglądają jak młoda, organizująca się dopiero tkanka łączna. Rozwijając się dalej, rozpycha ta tkanka coraz bardziej pierścienie i włókna mięsne i wreszcie sprowadza ich zanik. Właściwem dla tego przewlekłego zapalenia jest i to jeszcze, że od błony zewnętrznej naczynia (adventitia) snują się w głąb jego ściany nowo wytworzone, drobne naczyńka włosowate, rozpościerają się w błonie mięsnej i dochodzą nierzadko aż do błony wewnętrznej. Wśród ognisk zapalnych spotkać się można tu i owdzie z komórkami olbrzymiemi, o ile zmiany są jeszcze świeże. Błona wewnętrzna może być albo zupełnie prawidłowa, albo też zgrubiała tu i owdzie.

Wewnętrzna powierzchnia zmienionego w ten sposób naczynia, posiada właściwe wejrzenie. Wygląda jakby pomarszczona pofałdowana; miejscami powstają płytkie zagłębienia, przypominające wgnioty na wyrobach złotych lub srebrnych, cechowanych zapomocą odpowiednich pieczątek. Wgnioty te nazywa Doehle wprost »Auspuntzungen«. Rozwój tkanki łącznej i zwyrodnienie włókniste naczyń stanowi końcowy okres zapalenia. W przeciwieństwie do miażdżycy rzeczywistej nie powstają nigdy t. zw, przemiany wsteczne, nie ma rozpadu tłuszczowego, zwapnienia, miażdżycowych owrzodzeń.

Badania Doehlego, ogłoszone w r. 1894 [62]), nie spotkały się odrazu z uznaniem. Z początku mało nawet na nie zwracano uwagi. Ale w biegu lat przybywały nowe prace, które dawały te same wyniki i kazały wysnuwać te same wnioski, uznawać istnienie swoistego kiłowego zapalenia tętnic. Prace takie ogłosili Backhaus [63]) i Rasch [64]) w parę lat po ogłoszeniu wyniku badań Doehlego. Wreszcie w r. 1903 dostarczyła »miażdżyca kiłowa« tematu do rozpraw na LXXV zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Kassel [65]). I tam obaj sprawozdawcy, Chiari i Benda, przedstawili rzecz tak, jak ją przedstawiał Doehle, a zapatrywanie to znalazło zupełny oddźwięk w przemówieniach innych uczestników tych rozpraw.

Obecnie więc zupełnie już stanowczo można mówić o zapaleniu, względnie zwyrodnieniu naczyń pochodzenia kiłowego. A odnosić wolno to określenie zapewne nietylko do samego pnia tętnicy głównej, ściślej biorąc do jej części piersiowej, jak to czynił pierwotnie Doehle. Nie ulega chyba wątpliwości, że kiłowe zmiany powstawać mogą i w drobniejszych gałęziach. Fabinyi [66]) podał dokładny opis trzech przypadków, w których zapalenie kiłowe ograniczało się tylko do tętnicy podstawnej mózgu (a. basilaris). Saathof [67]) badał cztery podobne przypadki. G. Lion [68]) spostrzegał chorą, u której przy oględzinach pośmiertnych znaleziono przewlekłe zmiany kiłowe w obu tętnicach kręgowych. W jednem ze spostrzeżeń Quinckego [69]) istniały takież zmiany w tętnicy podobojczykowej lewej. Znane są także przypadki kiłowego zapalenia tętnic na kończynach dolnych i powstającego na tem tle chromania przestankowego, a nawet zgorzeli (gangraena angiosclerotica luetica).

(C. d. n.)

[62]) Por. v. Düring l. c.
[63]) Backhaus: Zieglers Beiträge T. 22 z. 3 (ref. Centralblatt für innere Med. T. 19 1898).
[64]) Rasch: Archiv für Dermat. und Syph. T. 47 Z. 1. (ref. Deutsche medic. Wochenschrift 1899 L. B. s. 114).
[65]) Por. Deutsche med. Wochenschrift 1903 str. 330.
[66]) Fabinyi: Schmidts med. Jahrb. T. 292, str. 244.
[67]) Saathof: ibidem.
[68]) G. Lion: Schmidts med. Jahrb. T. 269, str, 48.
[69]) Quincke: Centralblatt für innere Medizin T. 24, str. 1270

Oceny i sprawozdania.

Dr St. Serkowski. **Błonica. Sposoby badania i atlas mikrofotograficzny**. Warszawa 1910. Gebethner i Wolff. Str. 39 i 15 tablic.

Książka Dra Serkowskiego ma swe źródło w wykładach, wygłaszanych w czasie kursów dla lekarzy i przyrodników, które autor od lat kilku urządza w pracowni naukowej Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Tem tłomaczy się układ pracy, oraz zakreślone jej granice; na 39 stronicach podaje autor tylko zasadnicze podstawy bakteryologii błonicy, pomijając szczegóły specyalne, omawia więc kolejno w głównych rysach zapobieganie, zbieranie materyału do badania, morfologię i barwienie, hodowle, jadowitość, rozpoznanie bakteryologiczne zarazków błonicy, a wreszcie zarazki podobne. Na 15 dołączonych tablicach pomieścił autor odbicia fotograficzne (nie ryciny!) 31 fotografii i mikrofotografii, wykonanych przez siebie z własnych hodowli i preparatów. Ten sposób reprodukcyi nadaje ilustracyom szczególną wartość. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. G. Anton. **Ogólne sprawozdanie z 22 operacyi mózgowych przez przekłucie sklepienia.** (Med. Klinik 1909, Nr 48). Autor podaje 22 przypadki. Operował Prof. Bramann. Technika operacyi następująca: Na czaszce z tyłu szwu wieńcowego, blizko szwu strzałkowego robi się mały otwór, przeważnie z prawej strony. Po nieznacznem rozszczepieniu opony twardej wprowadza się kaniulę wzdłuż sierpa mózgowego do sklepienia; po przebiciu sklepienia kaniula jest w przednim rogu komórki mózgowej. Otwór w sklepieniu powiększa się i w taki sposób stwarza się na dłuższy czas połączenie między komórką, a przestrzenią pod oponą twardą, co z jednej strony może przyczynić się do zmniejszenia ciśnienia wewnątrzmózgowego, z drugiej — do szybszego wessania się płynu. Wskutek operacyi żaden z operowanych nie umarł. Wskutek przypadkowych chorób w kilka miesięcy po trepanacyi umarło 3. Otwory w wielkiem spoidle jeszcze były utrzymane. Operowano 8 przypadków wodogłowia, 12 guzów mózgu (w tym jeden wągr), 1 padaczki, 1 spiczastogłowia (Turmschädel). Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Operacya przebicia sklepienia jest wskazana przy wodogłowiu u dzieci, przez co zapobiega się zrostowi czaszki, zanikowi mózgu, ewentualnie zanikowi móżdżku. 2) W przypadkach obrzęku mózgu, wywołującego wodogłowie wewnętrzne, operacya może na dłuższy czas usunąć przekrwienie nerwu wzrokowego. Usuwa męczące bole głowy, zawroty głowy, wymioty. Objawy obrzęku mózgu przez usunięcie ciśnienia są jaśniejsze, wyraźniejsze. 3) Połączenie komór z przestrzenią podoponową może zapobiedz powstaniu przepukliny mózgowej po trepanacyi. J. Bednarz.

G. Hohmann. **Przyczynek do leczenia wczesnych okresów porażenia rdzeniowego u dzieci.** (Münch. med. Wochs. Nr 49, 1909). Dla zmniejszenia silnych bólów, jakie chorzy odczuwają w początku choroby, nakładał autor gipsowe gorsety, podobnie jak przy próchnieniu kręgów. W taki sposób osiągał autor zupełną nieruchomość, co koiło bole, a nawet zdaniem autora może pomyślnie wpłynąć na dalszy przebieg choroby. J. Bednarz.

H. Haymann. **Polyneuritis i psychosis polyneuritica na gruncie morfinistycznym.** (Zentralbl. für Nervenh. und Psych. 1909, Z. 23). Autor opisuje ciekawy przypadek, w którym u 31-l. kobiety, histeryczki, nałogowej morfinistki, nie używającej jednak alkoholu, po zażyciu większej ilości morfiny rozwinęło się zapalenie wielu nerwów (polyneuritis). W toku tej choroby wystąpiła bardzo wyraźnie psychoza Korsakowska z amnezyą, konfabulacyą i t. p. Po kilkumiesięcznem leczeniu elektrycznością i strychniną stan chorej poprawił się. Odczyn Wassermana ujemny. Podczas choroby przez pewien czas były zaburzenia naczynioruchowe. Źrenice oddziaływały na światło bardzo słabo, po zażyciu zaś morfiny oddziaływanie źrenic bardzo żywe. Po przeprowadzeniu rozpoznania różniczkowego autor dochodzi do wniosku, że u morfinistów może wystąpić zapalenie wielu nerwów, podobne do zapalenia nerwów na gruncie alkoholicznym, do którego może przyłączyć się psychoza Korsakowska. J. Bednarz.

Thoma. **Przyczynek do kliniki i patologii ostrych psychoz z zejściem śmiertelnem.** (Allg. Zeitschr. für Psych. 1909, T. 66, Z. 5). Istnieje pewien zbiór objawów, objęty nazwą obłędu ostrego (delirium acutum), którego charakterystycznymi objawami są: rozprzężenie umysłu, pomieszanie ogólne, omamy, miotanie się, przyćmienie świadomości, oraz upadek odżywiania i podniesiona ciepłota. Śmierć w tych przypadkach następuje wskutek wyczerpania, czasem wskutek jakiejś choroby zakaźnej, powstającej pod koniec życia. Th. spostrzegał siedem takich przypadków i podaje wyniki klinicznego badania i sekcyi zwłok, oraz mikroskopowego badania kory mózgowej. Th. podkreśla, że starannie wybierał takie przypadki, gdzie było wyraźne »delirium acutum« i tylko w ostatnich dniach może przyłączyła się choroba somatyczna, o czem można przekonać się z wyniku sekcyi zwłok. Kliniczna obserwacya trwała od 5 do 10 dni. Okres zwiastunowy psychozy wahał się od kilku dni do kilku tygodni. Natychmiast po wybuchu ostrych objawów przywożono chorych do kliniki. Wskutek tak krótkiej obserwacyi klinicznej nie było można uczynić żadnego rozpoznania. Sekcya zwłok wykazała tylko w dwu przypadkach świeże ogniska zapalne w płucach. Th. badał wszystkie przypadki mikroskopowo, przyczem brał wycinki ze zwoju 1 i 2 czołowego, centralnego przedniego lub centralnego tylnego i z okolic szczeliny ostrogowej. Wycięte kawałki utrwalał w alkoholu, formolu i płynie Müllera. Komórki zwojowe barwiono metodą Nissla, glej podług Weigerta, włókienka (fibrillae) podług Bielschowskyego, nadto stosowano metodę Marchiego i Weigertowską metodę barwienia osłonek rdzennych hematoksyliną żelazną. Badanie mikroskopowe stwierdziło w 1 przypadku obraz odpowiadający porażeniu postępowemu, w 2 zmiany starcze, w 1. przypadku wybroczyny zakrywają obraz histologiczny — 3 zaś przypadki określa Th. jako psychozy czynnościowe. We wszystkich przypadkach stwierdził Th. zwyrodnienie komórek w rozmaitym stopniu. Tam, gdzie zwyrodnienie komórek było większe, trudniej było wykazać obecność włókienek (fibrillae) w komórkach, a sieć poza komórkami była rzadsza. Th. nie znalazł żadnych swoistych zmian histologicznych, tłómaczących szybki przebieg i śmiertelny koniec choroby i dochodzi do następujących wniosków: 1) Zbiór objawów, objęty nazwą obłędu ostrego (delirium acutum) nie jest zależny od jakiegoś szczególnego jemu właściwego tła chorobowego i może występować przy rozmaitych chorobach umysłowych. 2) Nie można wykazać histologicznie wspólnej przyczyuy dla klinicznie jednakowego przebiegu, ponieważ zwyrodnienie komórek nie tłómaczy ani przebiegu, ani zakończenia choroby. 3) Dla braku dających się histologicznie wykazać zmian z jednej strony i pewnych zmian makroskopowych w mózgu z drugiej, nie można wyłączyć, że raptownie zaszłe zmiany fizyczne w substancyi mózgowej są przyczyną szybkiego i śmiertelnego przebiegu. 4) Dziedziczne obciążenie jest czynnikiem sprzyjającym szybkiemu i śmiertelnemu przebiegowi. (Do pracy dołączono pięć dobrych fotografii z preparatów mikroskopowych). J. Bednarz.

Long. **Długotrwałe leczenie padaczki bromkami i obniżeniem chlorków w pożywieniu.** (Sposób Richeta i Toulousea). (Revue de méd. 1909, str. 691 i 932). Sposób powyższy, zalecony w r. 1899 przez Richeta i Toulousea, znalazł wprawdzie uznanie u wielu, jednakże inni zarzucali temu sposobowi, że nie może być zbyt długo stosowany, gdyż ani chory nie może się zgodzić na ten sposób żywienia (małą ilością chlorków), ani ustrój nie może znieść przez dłuższy czas braku chlorków[1]). L. obserwował chorych, tym sposobem leczonych, prawie przez 7 lat. Spostrzeżenia te pozwalają obecnie na ścisłą ocenę zarzutów, czynionych tej metodzie. L. badał mocz swych chorych przed zastosowaniem leczenia dla określenia przemiany materyi co do chlorków i ustalenia stopnia obniżenia chlorków w pokarmach, również badał wagę chorych. Badania te powtarzał w różnych odstępach czasu. Wyniki tych badań przemawiają w zupełności za tą metodą. I tak n. p. w jednym przypadku, tyczącym się dziewczynki, mającej codzienne napady przed leczeniem, bromki same bez zmiany dyety zupełnie na stan choroby nie wpłynęły. Bromki, podawane również w małych dawkach, ale równocześnie z dyetą bezchlorkową, wstrzymały natychmiast napady. Stan ten utrzymuje się od 7 lat, a tylko w pewnym okresie, w którym przez pomyłkę zbyt obniżono dawkę bromków, zjawiały się zwiastuny nawrotu. W innym przypadku, tyczącym się 24-letniego mężczyzny, cierpiącego na napady co miesiąc, a obserwowanego przez lat 6, przekonał się L., że chory przez 4 lata bez przerwy nie doznawał napadów, jak długo spożywał dostateczną ilość bromków i uważał na ilość chlorków w dyecie. Ile razy obniżał ilość bromków, lub podnosił ilość chlorków, zjawiały się nawroty. L. dowodzi całym szeregiem spostrzeżeń, że dyeta bezchlorkowa, nawet latami stosowana, nie ma żadnego wpływu na ustrój, i że stanowi »conditio sine qua non« skuteczności bromków w padaczce. Nasuwa się pytanie, do jakiej granicy można obniżyć ilość chlorków w dyecie, jak można przeprowadzić taką dyetę i jak należy podawać bromki? Co się tyczy dyety, to L. jest zdania, że nie jest konieczną dyeta, zawierająca bardzo mało chlorków, jak to radzili Richet i Toulouse. Względne obniżenie chlorków, przejawiające się w wydzielaniu z moczem 6—10 gr. chlorków na dobę, jest zupełnie wystarczające. W praktyce codziennej najlepszą miarą jest w tym względzie sam przebieg choroby, który wskazuje, czy pożywienie mniej lub więcej solić. Najpierw można pozwolić choremu na mleko, jaja, tłuszcze, potrawy mączne, owoce i niektóre jarzyny. Pozostaje chleb, mięso i jarzyny, któreśmy przywykli jeść ze solą. Jeśli nie potrzeba obniżyć do minimum podawanych chlorków, to można pozwolić na solenie tych potraw, ale ściśle oznaczoną ilością soli. Jeśli potrzeba zejść poniżej 5 gr. soli, to chory powinien te potrawy jeść przygotowane bez soli jadalnej, a natomiast później zaprawione (solone) bromkiem sodu. Ewentualną

---

[1]) Salustyusz donosi, że Numidowie gardzili solą, zaś Plutarch dziwi się, że kapłani egipscy wcale nie solą swych potraw. Badacz i podróżnik C. v. Ditmar opisuje wstręt, jaki uczuwają Czunguzi i Kamczadalowie do potraw solonych. Beduini w Arabii wedle Wredea uważają za śmieszne używanie soli, a Kirgizi w Turkestanie, żywiący się mlekiem i mięsem, nie używają soli, choć żyją w stepach, gdzie dużo słonych jezior. (Przyp. spraw.).

ilość bromku sodu należy potem odliczyć od dziennej dawki bromku. Taka dyeta nie wpływa wcale źle na trawienie, ani na stan ogólny chorych. Dyeta taka powinna być stosowana stale, bez przerwy. Dawkę dzienną dostateczną bromu należy ustalić drogą prób. Jest ona zawsze niższa od 4 gramów. Dobrze jest zacząć od dawek małych $1^1/_2$—2 gr dziennie i zwolna je podnosić, powiększając dawkę co tydzień o 25 centygramów. Zwiastunami zatrucia są pewna ociężałość w myśleniu, pamięci i mowie. Wystarczy wtedy wrócić do dawki bezpośrednio niższej. Leczenia tego można zaniechać, jeśli chory przez 1—2 lat nie miał już ani napadów, ani zwiastunów napadów, a to zwolna obniżając dawkę bromków. Stahr.

Pedyatrya.

Bauer i Sassenhagen. **Nowy sposób badania mleka, pochodzącego z zajętego zapaleniem wymienia.** (Med. Klin. 1909 Nr 51). Aby wykazać, czy mleko krowie nie zawiera ropy i paciorkowców, podawano różne sposoby. Najdogodniejszym dotąd okazał się sposób Trommsdorfa, polegający na centryfugowaniu mleka w rurce z podziałką. W prawidłowych warunkach osad po centryfugowaniu sięgać powinien w naczyńku do kreski 0,2, w razie zaś obecności ropy i drobnoustrojów sięga wyżej, nieraz do 1. Już osad do 0·5 budzi podejrzenie co do obecności ropy. Sposób ten, zresztą bardzo wygodny, posiada tę wadę, że dodatni wynik daje i w innych przypadkach, n. p. przy zmianie paszy, przed ocieleniem i t. p. Prawie 40—50% krów daje dodatni wynik próby. B. i S. obmyślili więc inny sposób, polegający na spostrzeżeniu, że siara, jakoteż mleko z gruczołu dotkniętego zapaleniem zawiera obficie dopełniacz i to na długi czas przed klinicznie wykazalnem zapaleniem. B. i S. sprawdzili to na mleku 45 krów, które później zapadły na zapalenie gruczołu. U wszystkich dał się wykazać wyraźny dodatni odczyn hemolityczny. Na razie sposób ten nadaje się jako kontrola próby Trommsdorfa w wątpliwych przypadkach. A.

Cadiot i Mandoul. **Rola śluzu jam nosowych w epidemiologii błonicy.** (Journ. de phys. et path. 1909 Nr 2). Autorowie, jako lekarze wojskowi, spostrzegali w swoim pułku długotrwałą endemię błonicy z nasileniami epidemicznemi co pewien czas. Szukając przyczyny, doszli do przekonania, że roznosicielami zarazy byli żołnierze, którzy przebyli już błonicę. Bakterye błonicze gnieżdżą się w śluzie nosowym, utrzymując się tam nieraz bardzo długo. Z 50 żołnierzy, którzy przebyli błonicę, u 35 t. j. 70% znaleziono bakterye w jamach nosowych, u niektórych jeszcze w 14 miesięcy po przebiegu choroby. Bakterye w takich warunkach były bardzo osłabione i nie działały zabójczo na morskie świnki w zwykłych dawkach. C. M. wobec tego stosowali obfite przemywania jam nosowych u roznosicieli bakteryi i wstrzykiwali surowicę Roux. Dochodzą zaś do następujących wyników: 1) Bakterye Löfflera pozostają na długo w jamach nosowych u osób, które przebyły błonicę, bez względu na to, czy mają one nieżyt nosa, czy nie. Zarazki błonicze mogą znajdować się nawet u osób, które nie przechodziły błonicy. 2) Bakterye błonicze przybierają w takich warunkach postać krótkiego lasecznika i są mało jadowite, jednakowoż oczekują tylko na sprzyjające warunki, aby stać się chorobotwórczemi dla człowieka. 3) Charakterystyczną cechą takich epidemii jest łagodny ich przebieg i ich długotrwałość. 4) Zapobieganie polega na odosobnieniu roznosicieli bakteryi i podanem leczeniu. Wstrzykiwania zapobiegawcze nie nadają się tutaj, gdyż zarazek długie miesiące pozostaje nieczynnym.

L. Mańkowski.

J. Brings. **Praktyczne doświadczenia z salossitem przy krzywicy i zmięknieniu kości.** (Klin. terap. Wochenschr. Nr 49 1909). Salosit, proszek biały, bez smaku i zapachu, rozpuszczalny w wodzie, może być podawany w mleku lub potrawach przy leczeniu krzywicy i zmięknieniu kości, a skuteczność jego widzi autor w łatwem wprowadzeniu fosforanu wapniowego do tkanki kostnej. W skład chemiczny tego przetworu wchodzą: fosfor, wapń, magn i cukier mleczny. Dawki: dzieciom 2—3 łyżeczki kaw. dziennie, dorosłym 3 łyżki stoł. dziennie. M. W.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

M. Baecchi. **Nowy sposób barwienia plemników w zaschłych plamach.** (Gaz. d. Osped. 6 lipca 1909, wedle Presse méd. str. 816). Splamiony strzępek tkaniny barwi się przez 25—30 sekund w zgęszczonym wodnym rozczynie kwaśnej fuksyny, następnie odbarwia przez 10 do 30 sekund w alkoholu, zaprawionym kw. solnym (alkohol 70°, 100 cm^3 + kw. solny 1 cm^3). Potem odwadnia się wyskokiem bezwodnym (15—20 sekund) i rozdziera strzępek na nitki na szkiełku w ksylolu. Wreszcie puściwszy kroplę balsamu, preparat nakrywa się i ogląda. Przy małem powiększeniu widać nitki odbarwione lub leciuchno zabarwione na różowo, a główki plemników wyraźnie czerwone. Przy wielkiem powiększeniu okazuje cały plemnik, główka i ogonek, zabarwienie różowe. Sposób ten udaje się i z najstarszemi plamami, a nawet takiemi, które przeszły przez autoklaw, lub znajdowały się $^1/_2$ godziny w ciepłocie suchej, wynoszącej 250° C. Stahr.

A. Pollak. **Próba spędzenia płodu, wykonana przez osobę nieciężarną u siebie samej. Śmierć skutkiem zatoru powietrznego.** (Amtsarzt, 1909, Nr 6). Pewna kobieta przebiła własnoręcznie w zamiarze spędzenia płodu tylne sklepienie pochwy zapomocą nasadki szklannej balonika, służącego do przepłukiwania pochwy, przyczem wtłoczyła zawarte w baloniku powietrze w tkankę lewego więzadła szerokiego macicy. Sekcya wykazała: brak ciąży; obecność powietrza pod otrzewną miednicy i w żyle nasiennej wewnętrznej lewej, a z rozszerzonej komory prawej serca, przekłutej pod powierzchnią wody, wydobywały się bańki powietrza. J. Olbrycht.

Rayser. **O zatruciu chloranem potasu ze stanowiska medycyny sądowej.** (Friedr. Blätt f. ger. Med. 1908 Z. 46, 1909, Z. 1). Chloran potasu jest trucizną dla krwi. Uniemożliwia on oddychanie wewnętrzne, wywołując przemianę oksyhemoglobiny w methemoglobinę. Oprócz tego swoistego działania na krew, które tłómaczy wszystkie objawy, odgrywa pewną rolę drażniące działanie chloranu potasu na przewód pokarmowy i upośledzenie czynności serca. Określenie najwyższej i śmiertelnej dawki niema praktycznego znaczenia, ponieważ nasilenie działania zależy od rozmaitych warunków w ustroju, które w różnych stanach chorobowych znacznie się między sobą różnią, a nawet i w stanach fizyologicznych okazują dość znaczne wahania. Spostrzegane zatrucia są po największej części przypadkowe; rozmyślne otrucia chloranem potasu są rzadkie. Głównymi objawami są: żółtaczka, sinica, powiększenie śledziony i wątroby, skąpe wydzielanie moczu, methemoglobinurya, a w końcu mocznica. Rozpoznać zatrucie można już w samych początkach obserwacyi. Rozstrzygającym objawem w rozpoznaniu różniczkowem między zatruciem chloranem potasu, a przypadkiem zakażenia ogólnego po błonicy i płonicy, jest wykazanie methemoglobiny. Zatrucie przebiega najczęściej śmiertelnie: rokowanie we wszystkich przypadkach jest wątpliwe. Swoistego leczenia przy otruciu chloranem potasu niema; zalecane przelewanie krwi należy zarzucić. Sądowo-lekarskie rozpoznanie otrucia chloranem potasu powinno się opierać nietylko na zmianach anatomo-patologicznych i chemicznych, stwierdzonych na zwłokach, lecz także powinno uwzględniać objawy występujące za życia. Sekcya powinna być wykonana możliwie wcześnie, ponieważ methemoglobina ulega w zwłokach przemianom. Najważniejsze wyniki sekcyi są: czekoladowo-brunatna barwa i obecność methemoglobiny w krwi, nagromadzenie rozpadłych czerwonych krwinek w śledzionie, wątrobie i szpiku kostnym, jak również i w cewkach nerko-

wych. Rozpoznanie różniczkowe sądowo-lekarskie między otruciem chloranem potasu, a trójwodorkiem arsenu i podobnie działającemi truciznami jest w świeżych przypadkach możliwe. Największą trudność sprawia rozstrzygnięcie pytania co do przyczyny zejścia śmiertelnego, jeżeli obok objawów zatrucia chloranem potasu stwierdzi sekcya zmiany, dowodzące istnienia jakiejś choroby zakaźnej; rozstrzygać wówczas należy z największą ostrożnością. Chloran potasu powinien być usunięty z handlu ogólnego. Stosownie użyty stanowi chloran potasu jeden z cenniejszych środków leczniczych, do którego lekarz, obznajmiony ze sposobem i warunkami działania toksycznego, może mieć zaufanie.

J. Olbrycht.

Joachim-Königsberg. **Śmiertelne zatrucie terpentyną.** (Med. Klinik, 1909 Nr 26). Trzechletnie dziecko wypiło niespełna 2 łyżki stołowe terpentyny. Natychmiast wystąpił silny kaszel kurczowy, a w kilka minut nieprzytomność, która przeszła wkrótce w głęboką śpiączkę. Źrenice szerokie, oddziaływały leniwie. Oddychanie było zwolnione, a nawet chwilami ustawało zupełnie. Tony serca zaledwie słyszalne. Z ust i nosa wydobywała się ciecz pienista. Pomimo wszelkich zabiegów nastąpiła śmierć w $1^3/_4$ godz. po wypiciu terpentyny. Makroskopowo wykazała sekcya stosunki zupełnie prawidłowe; mikroskopowo znaleziono w substancyi rdzeniowej nerek jedynie ogniskowe przekrwienia, zresztą w narządach wewnętrznych brak zmian, w szczególności brak nadżerek w przewodzie pokarmowym. J. zgadza się z zapatrywaniami tych autorów, którzy sądzą, że głównym objawem przy otruciu terpentyną jest zaburzenie świadomości, za przyczynę śmierci uważają zaś porażenie oddychania.

J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 1. czerwca 1909.

1) Tuchendler pokazał **obraz rektoskopowy wrzodziejącego zapalenia odbytnicy** i przypadek **polipa odbytnicy.**

2) Kopczyński przedstawił przypadek **krwiaka śródrdzeniowego** (haematomyelia centralis). U 32-letniego wieśniaka po upadku i potłuczeniu z utratą przytomności porażenie kończyn i zatrzymanie moczu i stolca, zwolna ustępujące; chory mógł siadać dopiero po 10 tygodniach, chodzić z trudnością po 4 miesiącach. Przy badaniu bolesność dolnych kręgów piersiowych i górnych lędźwiowych, chód kurczowo-porażny z powłóczeniem prawej nogi. Ścieńczenie prawego mięśnia mostkowo-obojczykowego, kapturowego, równoległobocznego, osłabienie mm. piersiowego wielkiego, naramiennego i przedramienia i ręki prawej, zanik i osłabienie mięśni nogi prawej; w mięśniach zanikłych drganie włókienkowe, pobudliwość elektryczna zmniejszona (bez OZ). Odruchy mm. dwu- i trójgłowego prawego słabsze, brzuszne i jądrowe zniesione, kolanowe i stopowe prawe bardzo żywe. Obustronny objaw Babińskiego. Czucie dotyku zachowane, bolu — osłabione, a ciepła — zniesione obustronnie od stóp do wysokości ostatniego kręgu szyjnego. Prawa źrenica węższa; oddziaływanie prawidłowe. K. rozpoznał rurkowaty wylew krwi w obu rogach tylnych, zajmujący częściowo rogi przednie i zlekka uciskający na piramidy boczne, a sięgający od stożka rdzenia do dolnych odcinków szyjnych i rozleglejszy ku stronie prawej.

3) Dyskusya nad odczytem Lublinera: **Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani.** — Sokołowski A. potwierdza ciężki i szybki rozwój gruźlicy krtani w ciąży; wyjątkowo zdarzają się jednak przypadki łagodne, kończące się wyzdrowieniem, przyczem wielkie znaczenie dla leczenia ma wczesne rozpoznanie; stąd chrypka i utrudnione łykanie u ciężarnych, nawet bez kaszlu, wymagają niezwłocznego zbadania chorej przez laryngologa. Wczesne okresy gruźlicy krtani są wskazaniem, późne przeciwwskazaniem do przerwania ciąży. W gruźlicy płuc wogóle różnice zdań co do wzniecenia poronienia dotyczą tylko początkowych okresów gruźlicy i t. zw. gruźlicy włóknistej. Sprawa ta nie da się jednak rozstrzygnąć ogólnie; przypadki trzeba indywidualizować. Lichy stan ogólny i stała, choćby niewielka gorączka w początkach gruźlicy są jednak zawsze wskazaniem do przerwania ciąży, podobnie jak włóknista postać gruźlicy płuc. Gorączkujące chore w późniejszych okresach gruźlicy rzadko zachodzą w ciążę, a jeżeli zajdą, to najczęściej same ronią; jeżeli się ciążę u takich chorych stwierdzi dość wcześnie, to należy ją przerwać. — Hewelke podnosi, że każde ciężkie powikłanie, nietylko gruźlica, wpływa źle na stan ciężarnej. Wskazań do wywołania poronienia wobec gruźlicy nie można ujmować ogólnie, bo zdarza się, że gruźlica wobec ciąży przebiega nawet łagodniej i suchotnice rodzą nieraz szczęśliwie kilkoro dzieci. — Endelman zalicza przypadki, podane przez Lublinera, do wyjątkowo ciężkich. Na 2500 porodów, spotkał E. powikłanie gruźlicą 11 razy; z tego 6 razy poród odbył się na czasie, 3 razy był poród przedwczesny, raz wzniecono poronienie, raz wywołano sztuczny poród przedwczesny w VII. miesiącu ciąży i ten przypadek zakończył się śmiercią. W ciężkich przypadkach gruźlicy należy ciążę jaknajwcześniej przerwać, w lżejszych można wyczekiwać do IV. miesiąca ciąży. Poród przedwczesny sztuczny chybia celu; można go wywoływać chyba tylko z nagłego wskazania życiowego. — Srebrny wyraża zdanie, że wnioski opierać się powinno tylko na dłuższem śledzeniu przebiegu choroby; przypadki zaś prelegenta dotyczą chorych szpitalnych, które zgłaszają się dopiero w bardzo późnych okresach gruźlicy, w stanie już rozpaczliwym; dlatego przypadki te nie dają dokładnego obrazu wpływów wzajemnych ciąży i gruźlicy. Obserwacya całego przebiegu ciąży u suchotnic poucza, że ciąża istotnie często wpływa bardzo źle na przebieg gruźlicy, która wprawdzie w ciąży przycicha, ale po rozwiązaniu tem gwałtowniej się rozwija. — Jaworski, powołując się na swą pracę »Ciąża, a małżeństwo«, zauważa, że poród przedwczesny u suchotnic jest częsty (30%), a prawie stale się zdarza w przypadkach bardzo ciężkich, przed śmiercią matki. Wpływ ciąży na gruźlicę jest najczęściej zły; pomyślny wpływ widywał J. bardzo rzadko. W rozpoznawaniu gruźlicy u ciężarnych trzeba się liczyć z faktem, że ciepłota ciała bywa w ciąży już prawidłowo wyższa o 0·2 do 0·3° C.; w rokowaniu należy uwzględnić rozległość i charakter zmian gruźliczych, okres ciąży, w których wystąpiły, zachowanie się wagi ciała i t. p. W leczeniu koniecznie trzeba ściśle indywidualizować; przerwać ciążę należy bezwzględnie tylko wobec wyraźnie złego jej wpływu na przebieg gruźlicy i to tylko w pierwszych miesiącach ciąży. — Zaborowski zwraca uwagę na potrzebę obszerniejszej statystyki. Główny głos w rozstrzygnięciu co do konieczności przerwania ciąży w toku gruźlicy powinien mieć w każdym przypadku internista; w każdym jednak razie sprzeciwia się Z. przerywaniu ciąży w późnych jej okresach, a oświadcza się za ograniczeniem tego zabiegu do pierwszych 2 miesięcy ciąży, kiedy go można wykonać na jednem posiedzeniu. — Jaworski sądzi przeciwnie, że rozstrzygać o przerwaniu ciąży wobec gruźlicy powinien zawsze przedewszystkiem położnik.

Z.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Lekarze szkolni, ustanowieni w Austryi na razie w seminaryach nauczycielskich, mają spełniać następujące obowiązki według rozporządzenia ministerstwa oświaty z 22. X. 1909 l. 21.986, które streszcza Dr Edward Zieliński w »Głosie lekarzy« (Nr 1): Lekarz ma mieć nadzór nad budynkiem szkolnym, w razie budowy wydać opinię co do planów, budynek zaś gotowy co roku wspólnie z dyrektorem badać co do stanu higienicznego (opalanie, wentylacya, oświetlenie, czystość), nadzorować, szczególnie salę gimnastyczną, wodę do picia, łazienki, wychodki, śmietniki, garderoby, warsztaty, podwórza i t. p. i corocznie spisywać o tem protokół. Do lekarzy należeć mają uwolnienia uczniów od pewnych przedmiotów ze względów zdrowotnych, wysyłanie uczniów do zakładów leczniczych, kolonii wakacyjnych i t. p., przydzielanie dzieci słabowitych do klas przygotowawczych lub do zakładów dla umysłowo nierozwiniętych, a zarządzenia te mają być pisemnie umotywowane. Lekarz ma współdziałać przy układaniu planów naukowych, badać środki naukowe, używane przez uczniów (przybory do pisania i t. d.), badać wpływ zajęć ręcznych uczniów i zajęć domowych na rozwój psychiczny uczniów i t. p. W dniu rozpoczęcia nauki ma lekarz zbadać wszystkich uczniów nowoprzyjętych powierzchownie, a w ciągu 2 następnych miesięcy szczegółowo, wypełniając odpowiednie formularze i zawiadamiając rodziców o miejscu i czasie badania, jakoteż osobno o stwierdzonych zaraźliwych chorobach oczu. Chorych zakaźnie, przewlekle, dzieci źle rozwinięte musi lekarz utrzymywać w osobnej ewidencyi. Badania szczegółowe mają być powtarzane w klasie III, VI i VIII, a uczniom ostatniego roku ma lekarz udzielać wskazówek, dotyczących wyboru zawodu. Lekarz ma odwiedzać szkołę przynajmniej raz w miesiąc, badając kolejno wszystkie klasy tak, aby wszyscy uczniowie zostali zbadani raz w zimie, a raz w lecie. W nadzwyczajnych razach (epidemie) ma lekarz odwiedzać szkołę częściej. Z peryodycznych badań musi lekarz prowadzić zapiski; wobec chorób zakaźnych musi lekarz robić pisemne doniesienia do władz, oznaczać czas powrotu ozdrowieńców do szkoły i t. p. Corocznie ma lekarz przedstawiać Radzie szkolnej krajowej sprawozdanie ze spostrzeżeń co do higieny zakładu i uczniów. W seminaryach nauczycielskich ma lekarz prócz tego wykładać w zimie 2 godziny tygodniowo higienę szkolną, a w lecie 1 godzinę somatologię, oraz nadzorować ogródki szkolne i badać raz na miesiąc uczęszczające tam dzieci.

Dr Zieliński oblicza, że w ten sposób w jednej klasie o 40 uczniach musi lekarz wykonać rocznie 240 badań, wystawić mnóstwo świadectw i wypełniać formularze (których jest aż 10 rodzajów), nie licząc 60 godzin wykładów. Za to wszystko otrzyma lekarz za jedną klasę szkolną 40, wyraźnie czterdzieści koron rocznie!! R.

Projekt ustawy o chorobach zakaźnych został przyjęty przez austryacką Izbę Panów w d. 28. XII. 1909. Sprawozdawca, Prof. Hlava, oświadczył, że krytyki projektu, dokonanej przez Zjazd lekarzy rządowych, nie uważa za słuszną i prosił o przyjęcie ustawy według wniosku komisyi. Prof. Toldt i Ludwig wnieśli, aby do projektu wprowadzić w § 35 postanowienie, iż za doniesienia o chorobach zakaźnych wypłacane będzie lekarzom, nie pozostającym w służbie publicznej, po 1 koronie, co obciążyłoby skarb państwa rocznym wydatkiem zaledwo 75.000 koron; dalej, aby wezwać rząd do czynnego popierania asanacyi i do przedłożenia projektu ustawy o szczepieniu krowianką. Przeciw wnioskowi o wynagradzanie lekarzy za doniesienia o chorobach zakaźnych wystąpił imieniem większości komisyi sanitarnej hr. Goëss i wniosek ten pomimo energicznego poparcia przez Dra Eppingera — upadł. — To stanowisko Izby Panów dowodzi raz jeszcze, że lekarze nie mogą niczego oczekiwać od ciał ustawodawczych i muszą liczyć tylko sami na siebie. R.

Ankieta w sprawie wychowania fizycznego rozpoczęła się 10. I. 1910 w Wiedniu. Obrady, w których uczestniczy około 70 osób, zagaił minister oświaty hr. Stürgh. Z Polaków uczestniczą w ankiecie Prof. E. Godlewski z Krakowa, Doc. Dr Piasecki ze Lwowa (który jest referentem głównym jednego z 5 tematów obrad, mianowicie o reformach wychowania fizycznego wogóle) i dyr. Skupniewicz, a z Rusinów Prof. Bojarski ze Lwowa. Wogóle więc zaproszono z Galicyi tylko czterech członków ankiety. R.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana za rok 1909. (C. d.).

Po 2 korony nadesłali: Drowie A. Ostersetzer, Lic, N. Schneider, J. Roth, K. Sumorok, A. Klecki, St. Schabbus chg., Kropaczek, J. Zakrzewski, Fr. Sobolewski, Adam Krzyształowicz, August Krzyształowicz, Z. Frydman, H. Potok, S. Rappaport, Peczenik, Swistuń, Prof. Kader, K. Smorągiewicz, Pilzer, J. Hausvater, I. Danielski, St. Dobrzański, L. Brand, A. Schmetterling, St. Maciejowicz, L. Doboszyński, W. Szponder, S. Oberlander, Supiński, I. Hulles, M. Kwieciński, M. Warzeszkiewicz, H. Schein, J. Swiątkowski, Ch. Dortort, Józef Zanietowski sen. et jun., J. Bartel, W. Kruszyński, Z. Danielski, H. Lustig, St. Zasacki, K. Kaden, W. Kretowicz, L. Sturm, I. Wilder, Korngoldówna (2 kor. 40 h.), A. Schapira, J. Bienenwald, Gürsching, E. Hrazdilek, L. Wechsler, A. Kołaczkowski, M. Szyszkowski. (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1. I. do 10. I. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 7), Jaworów (Wierzbiany 7), Nadwórna (Nadwórna 1), Rawa (Ulicko seredkiewicz 3), Stryj (Podhorce 6), Zborów (Grabkowce 2, Jezierzanka 2); — również doniesiono o ospie w pow. Biała (Czaniec 1).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. I. do 8. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 3 (w tem obcych 3 † 3), krztuśca 4, płonicy 4 † 2 (1 † 2), odry 3 † 1, duru brzusznego 11 † 1 (7 † 1), róży 2 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 19. XII. do 25. XII. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 14 † 3, odry 5 † 1, płonicy 8 † 3, błonicy 5, róży 13, duru brzusznego 15 † 4, duru plamistego 8 † 1. (Gaz. lek. Nr 2).

† Adam Karczewski.

W d. 26. grudnia 1909 zmarł w Warszawie Adam Karczewski, jeden z najdzielniejszych chirurgów polskich chwili obecnej.

Ś. p. Adam Karczewski urodził się w r. 1860 w Warszawie; wykształcenie odebrał w gimnazyum płockiem. W r. 1879 wstąpił do uniwersytetu warszawskiego na wydział lekarski; po 3 latach przeniósł się do Akademii lekarskiej w Petersburgu, którą ukończył w r. 1884; w ciągu następnych 4 lat odbywał służbę wojskową w charakterze lekarza szpitalnego w Baku. W r. 1889 powraca do Warszawy i wstępuje na oddział Władysława Krajewskiego, w tym właśnie czasie, kiedy Krajewski rozwinął niesłychaną energię w swej działalności szpitalnej.

Karczewski odrazu staje się prawą jego ręką. Obdarzony wrodzoną inteligencyą, umysłem wrażliwym i krytycznym, staje się dzielnym pomocnikiem we wszystkich zamierzeniach Władysława Krajewskiego. W r. 1901 po wybudowaniu nowego szpitala Dzieciątka Jezus zostaje ordynatorem.

Na pozór tylko chłodny i niedostępny, z największą serdecznością i życzliwością udzielał ś. p. Karczewski cennych wskazówek i wyjaśnień młodszym kolegom. I na tem stanowisku, stanowisku nauczyciela, dzielnie pomagał ś. p. Krajewskiemu. To też zawsze chętnie go otaczała liczna rzesza asystentów, stawiających pierwsze kroki na polu chirurgii.

Od chwili zostania ordynatorem z ogromną szybkością zdobył technikę operacyjną. Nie operował błyskotliwie, natomiast z największą ostrożnością i zachowaniem najsurowszej aseptyki. Operował dużo, uwzględniając wszystkie działy chirurgii, ulubionym jednak terenem była jama brzuszna, w szczególności operacye ginekologiczne.

Jako członek Towarzystwa lekarskiego, Sekcyi chirurgicznej i ginekologicznej, swojemi wystąpieniami i uwagami krytycznemi podnosił ś. p. Karczewski poziom naukowy posiedzeń.

Od r. 1893 łącznie z Wł. Krajewskim i Grosglikiem redagował »Przegląd chirurgiczny«, stale zasilając go swojemi pracami. Pisał sporo; wszystkie jego prace cechuje wielka ścisłość rozumowania obok zwięzłości w wypowiadaniu swych myśli. W r. 1908 staje w rzędzie pierwszych organizatorów »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego«.

Duchowy spadkobierca ś. p. Władysława Krajewskiego, starał się ś. p. Karczewski wszelkiemi siłami nic nie uronić z tego, co pozostało w spuściźnie po wielkim Jego nauczycielu.

Cześć Jego pamięci!

Jan Kiełkiewicz.

Wiadomości bieżące.

»Komitet uczonych słowiańskich«, rozsyłając z Pragi do niektórych lekarzy polskich odezwę w sprawie stosunków naukowych między Słowianami, dołączył do tekstu czeskiego także tekst rosyjski, co głęboko obrażało uczucia narodowe polskie i wywołało powszechny protest. Obecnie rozesłał »Komitet uczonych słowiańskich« do uczonych polskich pismo z wytłómaczeniem pomyłki wraz z polskiem wydaniem odezwy.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 12. I. 1910 doroczne posiedzenie administracyjne, na którem Zarząd Towarzystwa złożył sprawozdanie za r. 1909.

— Przy katedrze psychiatryi i neurologii Uniw. Jagiell. w Krakowie wakuje posada II asystenta z płacą roczną 1400 K. Zgłoszenia przyjmuje Prof. Piltz.

— Z odsetek rządowego funduszu przeciwgruźliczego za rok 1909, wynoszących 73·587 kor., przyznało kuratoryum funduszu po raz pierwszy zasiłki dla Galicyi, a mianowicie: »Towarzystwu walki z gruźlicą« po 6000 kor. rocznie przez lat 6, Towarzystwu »Dom zdrowia dla uczącej się młodzieży — Bratnia pomoc« w Zakopanem jednorazowo 1000 kor. Subwencye to nie zbyt hojne dla kraju, stanowiącego $^1/_5$ część monarchii i nie otrzymującego przez 3 pierwsze lata istnienia funduszu, ani grosza.

Warszawa. Towarzystwo przeciwgruźlicze przewiduje na r. 1910 dochodów 1400 rb. i tyleż rozchodów (na przychodnię 1000 rb., na utrzymanie chorych w sanatoryach 200 rb., na stacyę dezynfekcyjną w Otwocku 200 rb.). Majątek Towarzystwa wynosi 9·784 rb.

— Miesięcznik »Zdrowie« dobiega w r. 1910 dwudziestu pięciu lat istnienia. Założone w r. 1885 przez Dra Józefa Polaka, przeszło pismo to po powstaniu Towarzystwa higienicznego w r. 1898 na własność tego Towarzystwa. W ciągu swej ćwierćwiekowej działalności zasłużyło się »Zdrowie« rzetelnie społeczeństwu w pracy na polu higienicznem.

— Wyszedł z druku tom III. »Dyagnostyki anatomopatologicznej« Dr Z. Dmochowskiego, obejmujący 1000 str. druku i 478 rysunków, a wydany kosztem autora przy współudziale kasy Mianowskiego.

— Nagrody im. Dra Majkowskiego za najlepsze prace, drukowane w r. z. w »Medycynie i Kronice lek.«, przyznano Drom Kopytowskiemu, Rzętkowskiemu i Gancowi. Nagrodę swoją (100 rb.) przeznaczył Dr Rzętkowski na ponowny konkurs na najlepszą pracę z dziedziny pogranicza medycyny wewn. i chirurgii, drukowaną w r. 1910.

— Długo odkładane otwarcie szpitala tymczasowego przy ul. Złotej ma wreszcie dojść do skutku. Szpital ten rezerwowano na wypadek epidemii cholery; obecnie ma on być piątą filią szpitala Dz. Jezus.

— W Pabjanicach otwarto 7. I. 1910 wystawę przeciwalkoholiczną.

Z różnych stron. »Wiener klinische Wochenschrift« ogłasza sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

— Komitet stały międzynarodowego Związku prasy lek. składa się z 3 przedstawicieli Anglii, 3 Francyi, 4 Niemców, 2 Belgii, 3 Hiszpanii, 3 Włoch, po jednym Holandyi, Danii, Norwegii, Węgier, Czech (Dr Panyrek), Polski (Prof. Ciechanowski) i Meksyku.

— Prof. Ott z Petersburga, były prezes słowiańskiego komitetu lekarskiego, obchodził 25. XII. 1909 dwudziestopięciolecie pracy profesorskiej. Z tego powodu przesłał mu komitet lekarski słowiański telegram gratulacyjny, na który jubilat odpowiedział podziękowaniem na ręce obecnego prezesa komitetu Prof. Wicherkiewicza.

— W Płoskirowie na Podolu powstaje za staraniem Dra M. Sławińskiego, z ofiarności prywatnej, przytułek dla położnic, połączony ze szkołą położnych.

— Komisya emigracyjna Stanów Zjednoczonych zawiadomiła Towarzystwa żeglugi, że z powodu tego, iż Towarzystwa nie płacą w szpitalach za chorych emigrantów, przybyłych na ich okrętach, od tej pory wszyscy chorzy wychodźcy będą z lądu z powrotem odsyłani na okręty(!). X.

— W Berlinie powstał »Międzynarodowy instytut dla bibliografii medycyny i działów pokrewnych«. Członkowie za opłatą 15 marek otrzymują czasopismo, zawierające dokładny przegląd literatury światowej z danej gałęzi wiedzy lekarskiej. Z innych dziedzin dostawać też mogą dodatki za połowę ceny. Prócz tego instytut ten podejmuje się za opłatą wyszukiwać i zbierać literaturę do prac, tłomaczeń i udzielać wskazówek, np. gdzie dane dzieło się znajduje. X.

— Towarzystwo lekarskie w Monachium postanowiło na jednem z posiedzeń, na wniosek policyi, uprosić swych członków, specyalistów chorób wenerycznych, aby leczyli prywatnie bezinteresownie młode prostytutki, a to celem uchronienia ich od zgubnego wpływu moralnego, jaki wywierają na nie po szpitalach prostytutki starsze. Tymczasem po $1^1/_2$ roku okazało się, że ofiarność lekarzy jest zupełnie bezcelowa, bo leczyło się wogóle 13 kobiet, z czego większa część należała właśnie do prostytutek starszych. Wobec tego sposób ten zupełnie zarzucono. X.

— **Mianowani:** Doc. Greil profesorem nadzw. anatomii w Insbrucku; Dr Collingwood profesorem fizyologii w Dublinie; Prof. E. Hoffmann dyrektorem kliniki dermatol. w Bonn.

Zmarli: Dr L. Mallasez w Paryżu, chirurg Prof. Nicolaysen w Christianii.

Dr Henryk Sokołowski, były asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego i lekarz szpitala św. Łazarza, następnie lekarz kasy chorych w Krakowie, jeden z założycieli i członek Wydziału Towarzystwa »Samopomocy lekarzy«, gorliwy pracownik na polu ruchu zawodowego, w 56 r. ż. Spokój Jego popiołom!

Redakcya otrzymała: Opolski: Myokerosis angiotica haemorrhagica. »Tyg. lek.« 1909. — Ostrowski: K'woprosu ob anaemia splenica infantum. Dyssertacya. Petersburg 1909. — Krzyształowicz: 1) Przyczynek do poznania patogenezy bliznowców. »Przegl. chor. skórn.« 1909. 2) Dyshidrosis. 3) Erythrodermie. 4) Erythrasma. 5) Hypertrichosis. 6) Haarkrankheiten. 7) Ephelides. »Real-Encykl. der Ges. Heilk.« 8) O rumieniach. »Nowiny lek.« 1909. — J. Nowak: Sprawozdanie z IX. międzynarod. Zjazdu weterynaryjnego w Hadze. Kraków 1909, str. 104. — Baurowicz: 1) W sprawie zwalczania szerzenia się twardzieli. 2) O śluzowiaku kości sitowej. 3) Zur Kenntniss einer Mukocele des Siebbeins. »Monats. f. Ohr. u. Lar.« 1909. — A. Puławski: Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Gravesa (Basedowa). »Gaz. lek.« 1909. — St. Serkowski: Błonica v. diphteria. Sposoby badania i atlas mikrofotograficzny. Warszawa 1910. Str. 39, tabl. 15. — Serkowski i Kownacka: O produktach spożywczych u nas. »Zdrowie« 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 19. stycznia 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dra Blassberga: »O tak zwanym artrytyzmie«.